



RESTITUTION DES RESULTATS

OCTOBRE 2018

1. INTRODUCTION – PRESENTATION DE L'ENQUETE	7
2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES :	8
2.1. Sexe :	8
2.2. Situation familiale :	9
2.3. Âges :	9
2.4. Situation géographique : répartition régionale du panel :	11
3. FORMATION :	13
3.1. Formation de Base :	13
3.2. Formation spécialisée :	13
3.3. Diplômes universitaires :	14
3.4. Domaines des diplômes universitaires (DU /DIU) :	15
3.5. Domaines des diplômes nationaux universitaires (L-M-D).....	15
3.6. Formation de Formateur en Secourisme :	16
3.7. Formation Hypnosédation /hypnoanalgésie :	16
4. DONNÉES PROFESSIONNELLES ET EXTRA-PROFESSIONNELLES.....	16
4.1. Fonctions exercées :	16
4.2. Employeur principal :	17
4.3. Quotité de travail :	19
4.4. Vacations pour un autre employeur ou établissement :	20
4.5. Secteurs d'activité des IADE et IADE Cadres sondés :	20
4.6. Encadrement de proximité des IADE :	23
5. FONCTIONS DE REPRÉSENTATIVITÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	23
6. MISSIONS TRANSVERSALES DANS L'ÉTABLISSEMENT	25
6.1. Missions humanitaires :	27
6.2. Activités annexes liées aux soins/secours :	27
6.3. Focus IADE Infirmier(e) Sapeurs-Pompiers (ISP) :	27
7. PERMANENCE DES SOINS	29
7.1. Gardes :	29
7.1.1. Secteurs concernés par les gardes :	30
7.1.2. Gardes de 24 heures :	30
7.2. Astreintes :	30
8. ACTIVITES ANESTHESIQUES	32
8.1. Environnement de travail au bloc :	32

8.2.	Ambulatoire :.....	33
	<i>QUESTION D'OPINION Validation de sortie de service ambulatoire par l'IADE.....</i>	<i>33</i>
8.3.	Temps pré-opératoires (Consultation d'anesthésie – Visites pré-anesthésiques) :.....	33
	<i>QUESTION D'OPINION Réalisation des CPA/VPA par l'IADE.....</i>	<i>35</i>
8.4.	Fonctions de régulation du bloc opératoire :.....	36
8.5.	Stratégie anesthésique :.....	36
8.6.	Phases d'induction anesthésique :.....	37
8.7.	Intervention/Supervision par Médecin Anesthésiste Réanimateur :.....	38
8.8.	Phase d'entretien :	39
8.9.	Phase de Réveil :.....	40
8.10.	Anesthésie pédiatrique :.....	40
8.11.	Anesthésie sans Opioïde :.....	40
8.12.	Activités de prélèvements et de greffes d'organes :.....	41
8.13.	Abords ventilatoires :.....	41
8.13.1.	Intubation endo-trachéale :.....	41
8.13.2.	Dispositifs supra glottiques :.....	42
8.13.3.	Techniques d'intubation difficile :	42
8.14.	Abords Vasculaires :.....	44
8.14.1.	Abords veineux centraux et cathétérisme artériel :.....	44
8.14.2.	Échographie pour pose d'abords veineux périphériques :.....	44
8.14.3.	Dispositifs Midlines.....	45
8.14.4.	Expertise pour abords veineux périphériques difficiles :.....	45
	<i>QUESTION D'OPINION : pose de VVC par l'IADE.....</i>	<i>46</i>
8.15.	Anesthésie loco-régionale :	47
8.15.1.	Participation aux techniques :.....	47
8.15.2.	Pratique des techniques :	47
	<i>QUESTION D'OPINION : Réalisation d'ALR par l'IADE.....</i>	<i>48</i>
8.16.	Salle de Soins Post-Interventionnelle (SSPI) :.....	48
8.16.1.	Extubations en SSPI	49
8.16.2.	IADE en salle de soins post-interventionnelle – SSPI.....	51
	<i>QUESTION D'OPINION : Validation de sortie de SSPI par l'IADE.....</i>	<i>52</i>
8.17.	IADE en secteur d'Endoscopie :.....	52
8.18.	Anesthésie topique :.....	53
8.19.	Gestion de la douleur post-opératoire :	54
	<i>QUESTIONS D'OPINION Prescription/utilisation professionnelle de médicaments</i>	<i>55</i>

9. MATERIOVIGILANCE, SÉCURITÉ ANESTHÉSIQUE et PROCÉDURES	56
9.1. Activités support et réassort :	57
9.2. Feuille d'Ouverture de Salle d'Opération (FOSO) :	57
9.3. Check-list HAS :	58
9.4. Déclaration de survenue d'évènement indésirable (EI) :	58
9.5. Moyens d'alerte du MAR en Per-opératoire :	59
9.6. Informatisation de la feuille d'anesthésie :	60
9.6.1. Utilisation d'un logiciel de traçabilité de l'anesthésie :	60
9.6.2. Logiciels utilisés :	61
9.6.3. Niveau de satisfaction des logiciels :	62
9.6.4. Difficultés techniques dans l'utilisation du système informatique :	63
10. IADE en service de Réanimation, Brûlés, Accueil des Urgences	64
11. IADE en Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) :	65
11.1. Données démographiques IADE en SMUR :	65
11.2. Répartition géographique :	65
11.3. Formation :	66
11.4. Exercice :	66
11.5. Paramédicalisation des secours/Réponse graduée :	66
11.6. Prerogatives déléguées par le médecin urgentiste à l'IADE en SMUR :	67
11.6.1. Gestion de la sédato-analgésie :	67
11.6.2. Gestion de l'abord ventilatoire :	68
11.7. Transports secondaires, Transports infirmiers inter-hospitaliers :	68
11.8. Collaboration avec médecins urgentistes vacataires :	69
11.9. Pérennité des postes IADE en SMUR.....	69
<i>QUESTION D'OPINION : SMUR et Réponse graduée IADE</i>	70
12. COLLABORATION AVEC VACATAIRES MÉDICAUX AU BLOC OPÉRATOIRE	71
13. FORMATION CONTINUE	73
13.1. Fréquences, types et durées des formations :	73
13.2. Obligations légales de la formation continue et re-certification :	74
14. RESEAU COMMUNAUTE IADE	76
14.1. Associations professionnelles, Collectifs régionaux, Ordre infirmier :	76
14.2. Syndicat :	77
14.3. Couverture assurantielle :	79
15. CONSIDERATION, RECONNAISSANCE, QUESTIONS DIVERSES.....	79
15.1. Relations MAR/IADE :	80

15.2.	Autonomie dans la pratique de l'anesthésie :	81
15.3.	Pratique avancée :	82
15.4.	Profession intermédiaire :	82
15.5.	Protocoles de Coopération entre professionnels de santé HPST51 :	83
15.6.	Nouvelle formation, Nouveaux professionnels :	84
	<i>QUESTION D'OPINION : Période professionnelle pré-requise pour l'entrée en formation</i>	85
14.7.	Projet de carrière vers la filière management :	86
15.8.	Soutien par l'encadrement :	86
15.9.	Reconnaissance des équipes au projet managérial des Cadres IADE :	87
15.10.	Mesures environnementales – recyclage des déchets :	87
16.	CONCLUSION	88
17.	ANNEXES	89
17.1.	VERBATIM – Libre expression :	89
17.2.	ACRONYMES :	94

1. INTRODUCTION – PRESENTATION DE L'ENQUETE

Il est dans les attributions du syndicat national des IADE de réaliser régulièrement un état des lieux de la démographie et des pratiques des IADE. L'objectif de ce travail consiste en une photographie du corps professionnel, de ses pratiques actuelles en France, mais aussi de ses attentes afin d'en extraire des données concrètes pour la promotion et la défense de la profession.

Cette enquête a été réalisée par questionnaire informatique fermé **sur invitation personnelle** du 15 mars au 6 mai 2018.

La solution technique utilisée est le logiciel Lime Survey (version 2.73.1) hébergé sur notre serveur.

Les invitations personnelles inauguratives ont été transmises à l'ensemble de nos contacts IADE (fusion de nos fichiers adhérents, contacts professionnels et répondants de nos anciennes enquêtes).

Dans un deuxième temps, nous avons mis en place un système d'inscriptions sécurisé afin de générer des invitations personnelles à l'enquête, le lien d'inscription a été diffusé sur des groupes privés et réseaux sociaux exclusivement composés d'IADE. L'anonymat a été parfaitement respecté, seul un traitement collectif des réponses a été effectué.

Bilan :

- Génération de 6143 invitations
- Nombre de réponses : 2435 soit 23,6 % de la population professionnelle IADE.
- Réponses complètes et exploitables : 1830 soit 17,75 % de la population professionnelle IADE.
- Taux de réponse : 39.64 %
- Taux de réponse exploitables : 29.8 %

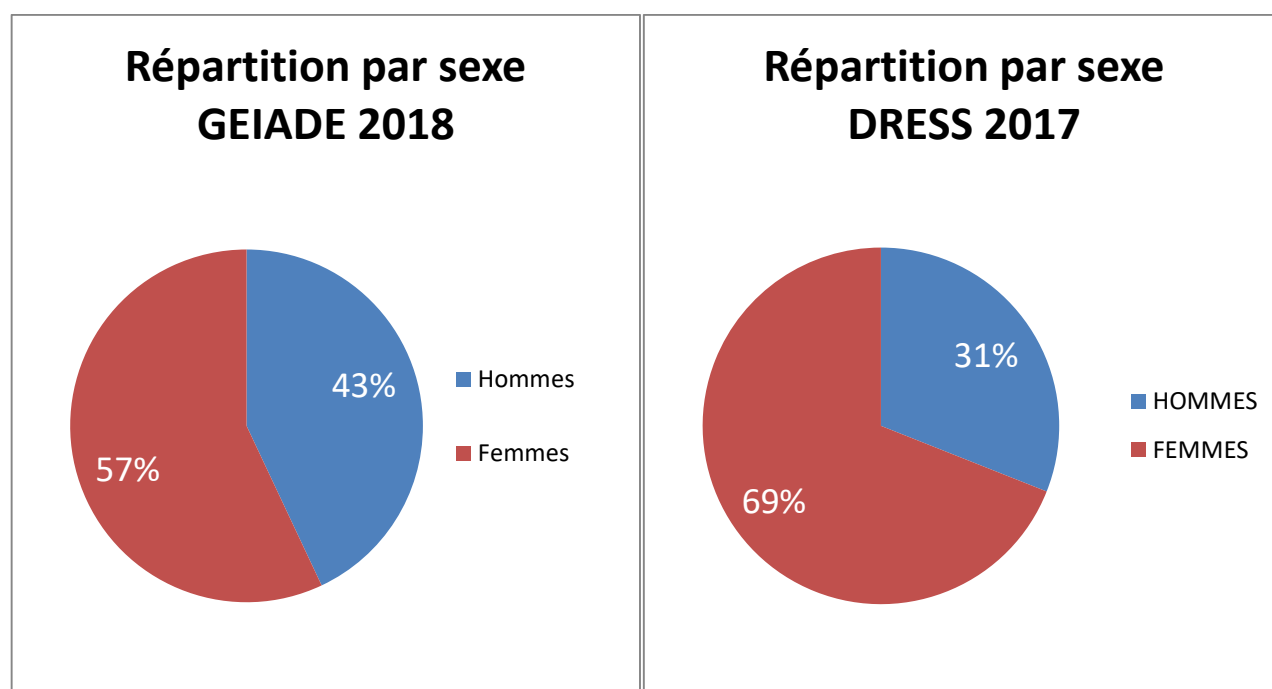
Les questions étaient variées et ont été rédigées pour couvrir l'ensemble des spécificités d'exercice des IADE. En plus de ces réponses déclaratives, nous avons profité de cette enquête pour consulter les professionnels sur un nombre conséquent d'interrogations en lien avec l'actualité de la filière.

Les réponses à ces questions d'opinion nous servent à affiner le socle revendicatif afin de nous permettre d'argumenter nos positionnements et représenter au mieux la filière IADE.

2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES :

L'échantillon de la GEIADE 2018 se compose comme suit :

2.1.Sexe :



Constats en bref :

Les répondants se répartissent entre 57 % de femmes (1043) et 43 % d'hommes (787).

Rappel : Les data de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de l'année 2017 recensent 10.311 IADE dont 69 % de femmes (7114) et 31 % hommes (3197)

Commentaire et interprétation :

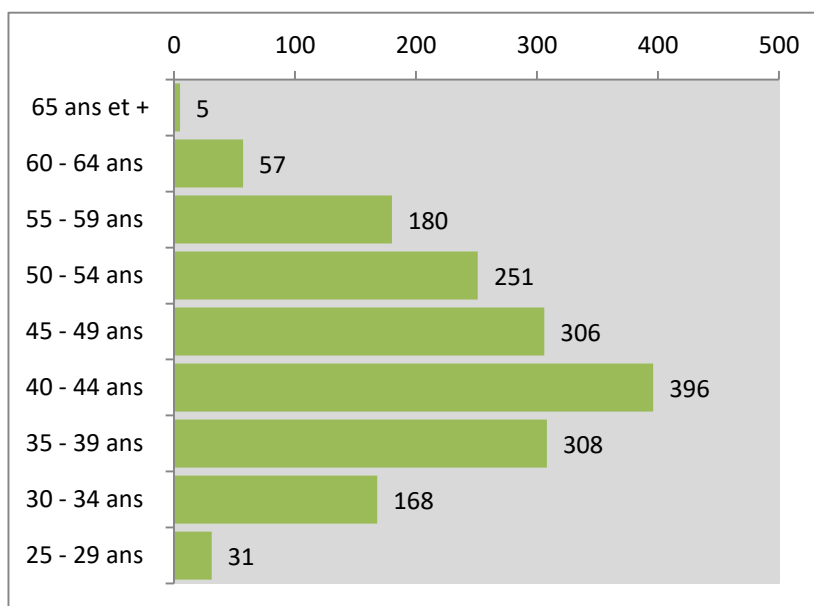
Une surreprésentation masculine caractéristique (+12 %) est constatée à chaque enquête professionnelle. Le rapport femmes/hommes n'est toutefois pas inversé et nous avons estimé qu'il était suffisamment représentatif de la majorité féminine factuelle du corpus professionnel. Il n'a pas été exercé de pondération sur l'analyse de l'enquête.

2.2.Situation familiale :

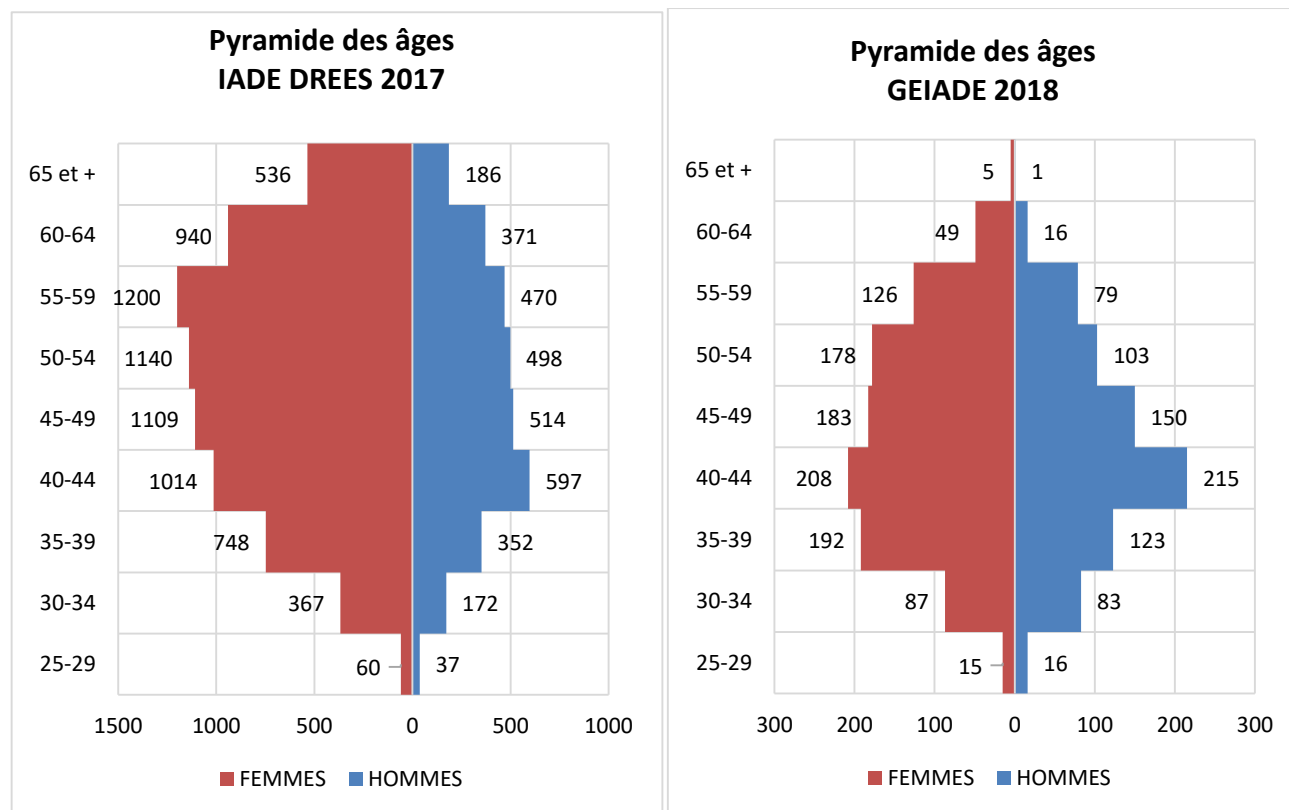
75 % vivent en couple (65 % en couple avec enfants), 10 % en famille monoparentale, 15 % de célibataires.

2.3.Âges :

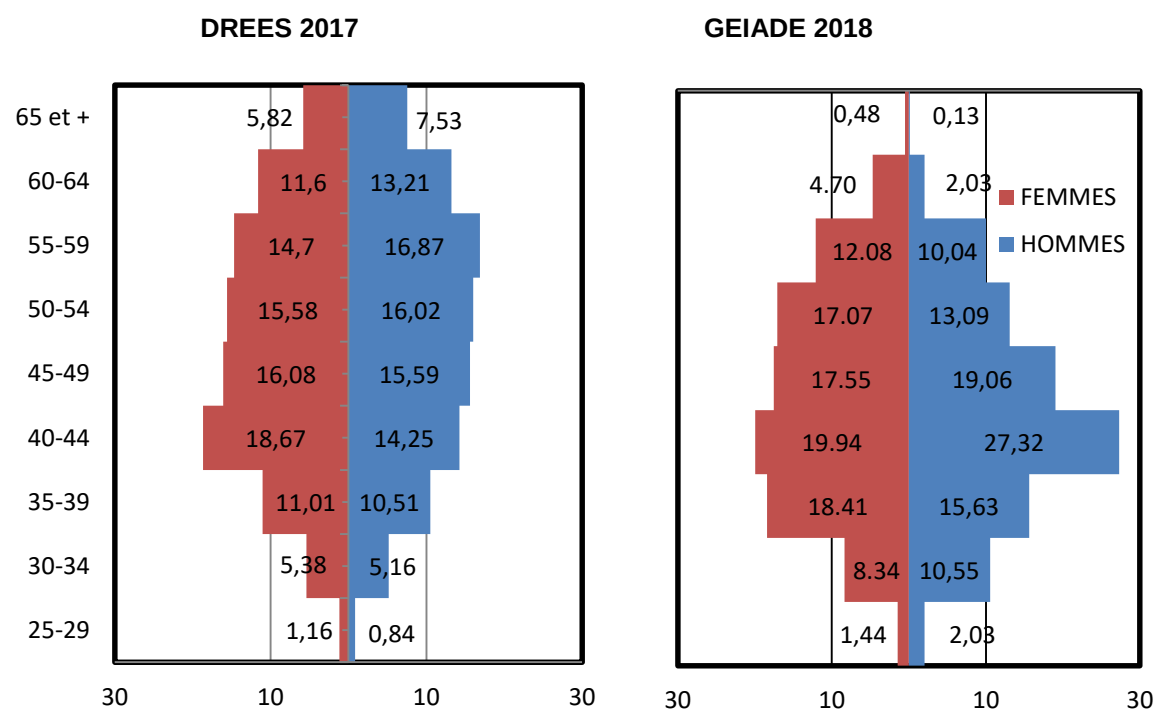
Âge	Nombre	%
25 - 29 ans	31	1.82 %
30 - 34 ans	168	9.86 %
35 - 39 ans	308	18.09 %
40 - 44 ans	396	23.25 %
45 - 49 ans	306	17.97 %
50 - 54 ans	251	14.74 %
55 - 59 ans	180	10.57 %
60 - 64 ans	57	3.35 %
65 ans et +	5	0.29 %



Comparaisons des pyramides des âges entre les données DREES 2017 et les données de la GEIADE 2018



Comparaisons des pyramides des âges entre les Données DREES 2017 et les Données de la GEIADE2018 (Données exprimées en pourcentage de la population du même sexe)



Constats en bref :

On note :

- une surreprésentation significative des HOMMES de 40-44 ans (+13 points)
- une sous-représentation des professionnels de plus de 60 ans

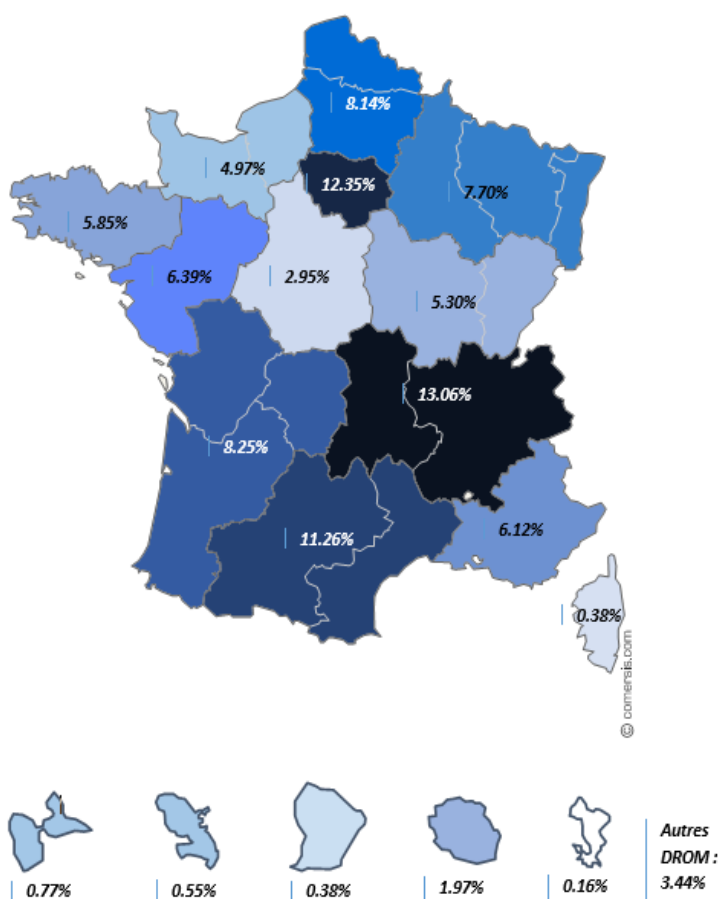
Commentaires et interprétations :

La surreprésentation masculine, commune à toute enquête IADE, ne trouve pas d'explication précise.

La sous-représentation de nos anciens (en comptant sur une mise à jour efficiente des fichiers ADELI lors des départs en retraite) peut trouver plusieurs explications : un intérêt émoussé aux enquêtes professionnelles s'agissant de professionnel proche de la retraite, des difficultés de maîtrise technique de l'outil informatique, une présence moindre sur les réseaux sociaux invitant à la participation à l'enquête...

Hormis ces réserves, nous avons estimé que le panel (notamment les tranches 30-59 ans représentant la majorité des professionnels en exercice) était superposable aux âges référencés du corpus professionnel pour affirmer sa validité.

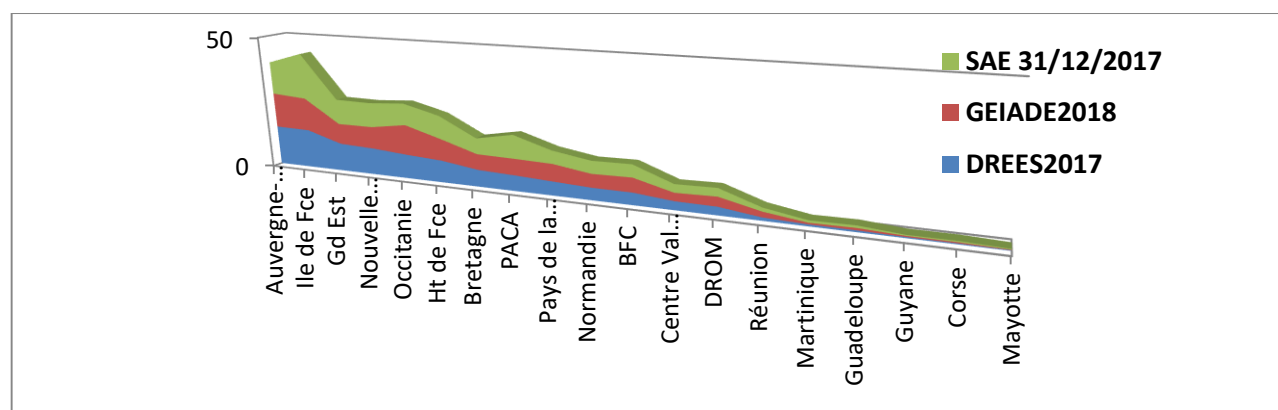
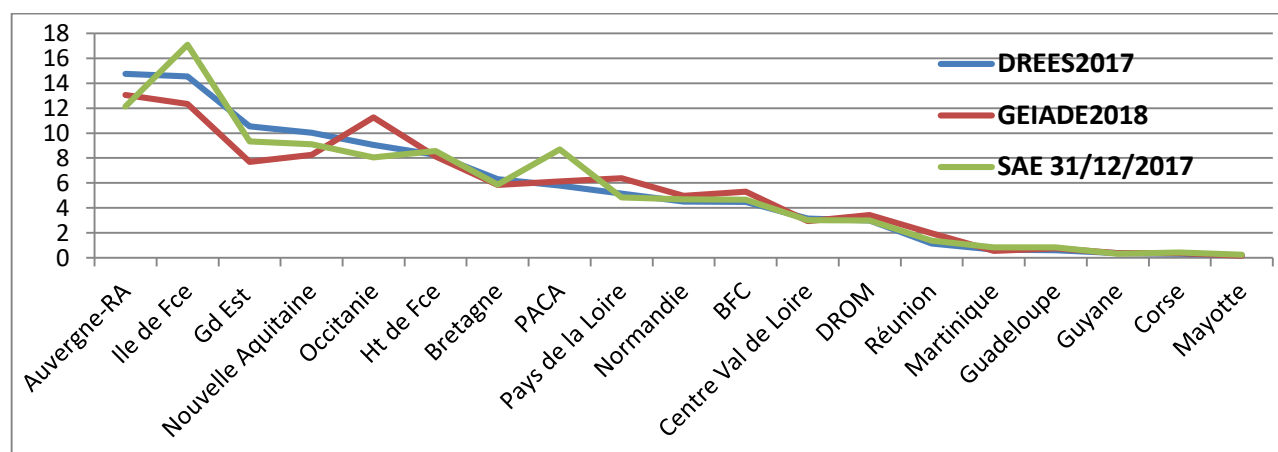
2.4.Situation géographique : répartition régionale du panel :



Auvergne Rhône Alpes	239	13.06 %
Bourgogne Franche Comte	97	5.30 %
Bretagne	107	5.85 %
Centre Val de Loire	54	2.95 %
Corse	7	0.38 %
Grand Est	141	7.70 %
Guadeloupe	14	0.77 %
Guyane	7	0.38 %
Hauts de France	149	8.14 %
Ile de France	226	12.35 %
Martinique	10	0.55 %
Mayotte	3	0.16 %
Normandie	91	4.97 %
Nouvelle Aquitaine	151	8.25 %
Occitanie	206	11.26 %
Pays de la Loire	117	6.39 %
PACA	112	6.12 %
Réunion	36	1.97 %
DROM (Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, étranger)	63	3.44 %

Comparatif des données démographiques régionales entre les statistiques officielles¹ (DREES et SAE) et le panel de la Grande Enquête IADE 2018.

Rang	DREES 2017 (%)		GEIADE 2018 (%)		SAE au 31/12/2017 (%)	
1	Auvergne-Rhône-Alpes	14.76	Auvergne-Rhône Alpes	13.06	Ile de France	17,08
2	Ile de France	14.55	Ile de France	12.35	Auvergne-Rhône Alpes	12,13
3	Grand Est	10.54	Occitanie	11.26	Grand Est	9,33
4	Nouvelle Aquitaine	10.04	Nouvelle Aquitaine	8.25	Nouvelle Aquitaine	9,11
5	Occitanie	9.04	Hauts de France	8.14	PACA	8,68
6	Hauts de France	8.25	Grand Est	7.70	Hauts de France	8,57
7	Bretagne	6.31	Pays de la Loire	6.39	Occitanie	8,04
8	PACA	5.8	PACA	6.12	Bretagne	5,86
9	Pays de la Loire	5.16	Bretagne	5.85	Pays de la Loire	4,84
10	Normandie	4.52	Bourgogne Fr-Comté	5.30	Normandie	4,68
11	Bourgogne Fr-Comté	4.48	Normandie	4.97	Bourgogne Fr-Comté	4,65
12	Centre Val de Loire	3.15	AUTRES DROM	3.44	Centre Val de Loire	3,01
13	DROM	3.0	Centre Val de Loire	2.95	AUTRES DROM	NR
14	Réunion	1.14	Réunion	1.97	Réunion	1,38
15	Martinique	0.66	Guadeloupe	0.77	Guadeloupe	0,85
16	Guadeloupe	0.61	Martinique	0.55	Martinique	0,83
17	Guyane	0.37	Guyane	0.38	Corse	0,42
18	Corse	0.33	Corse	0.38	Guyane	0,32
19	Mayotte	0.20	Mayotte	0.16	Mayotte	0,24



Aires empiées comparatif des effectifs régionaux DREES et SAE avec l'effectif de la GEIADE (%)

¹ Datas issues de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/data-drees/article/data-drees>
Et de la Statistiques Annuelle des Etablissements de santé (SAE) <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

Constats en bref :

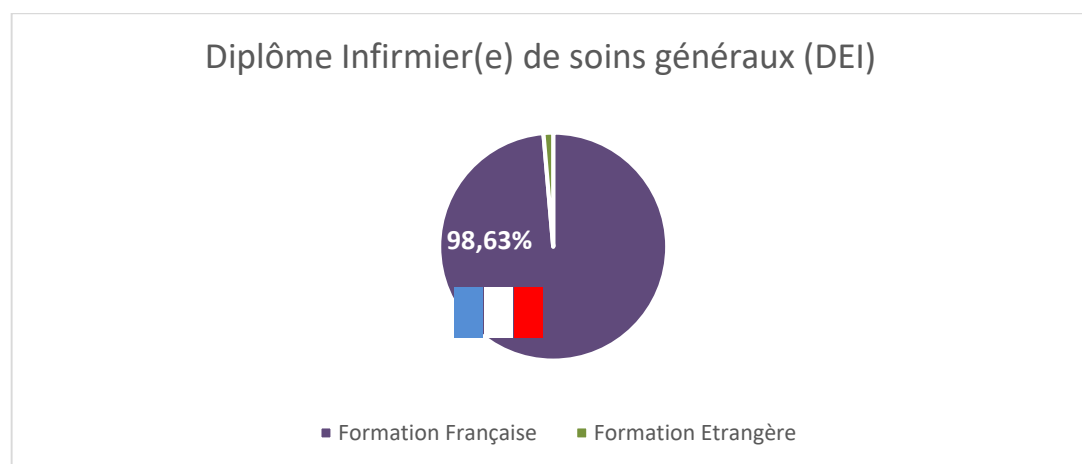
L'origine géographique du panel respecte globalement le classement géographique extrait des datas DREES et SAE récentes (2017). On note une surreprésentation de la région Occitanie et une sous-représentation de Grand Est et Ile de France. Nous n'expliquons pas les écarts constatés entre les données officielles entre elles notamment concernant les effectifs des régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur.

Commentaires et interprétations :

Malgré quelques écarts, nous avons estimé que la répartition géographique du panel était suffisamment validée en termes de répartition territoriale.

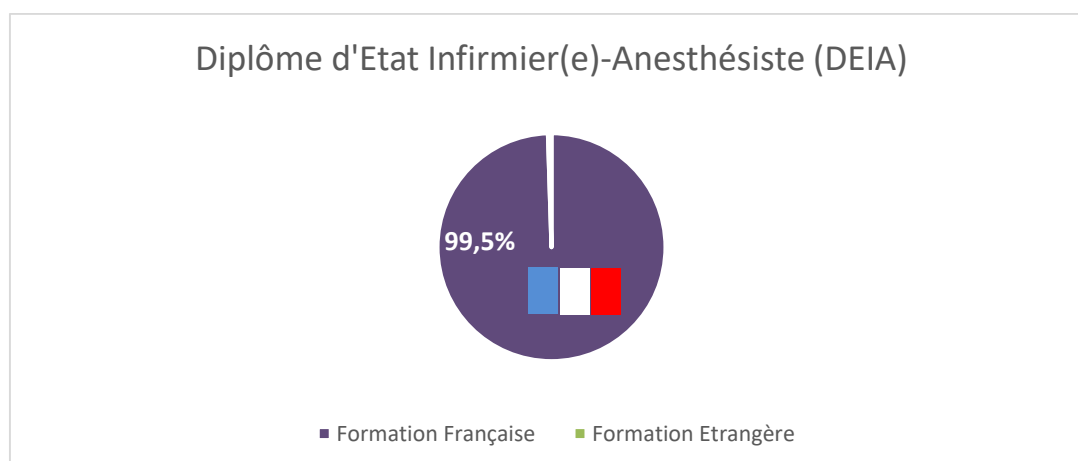
3. FORMATION :

3.1. Formation de Base :

*Constats en bref :*

Le diplôme d'état infirmier français représente : 98.63 % des répondants, 1.37 % sont issus d'une formation étrangère (23 répondants : 11 Belgique, 4 Espagne, 2 Suisse, 2 Luxembourg, 1 USA, 1 Arménie, 1 Roumanie, 1 Italie). L'écrasante majorité des IADE exerçant en France disposent d'une formation initiale française (IFSI)

3.2. Formation spécialisée :



Concernant le diplôme de spécialité IADE, 99.5 % sont de formation française, 0.5 % étrangère (3 Luxembourg, 4 Suisse). L'écrasante majorité des IADE exerçant en France disposent d'une formation spécialisée française.

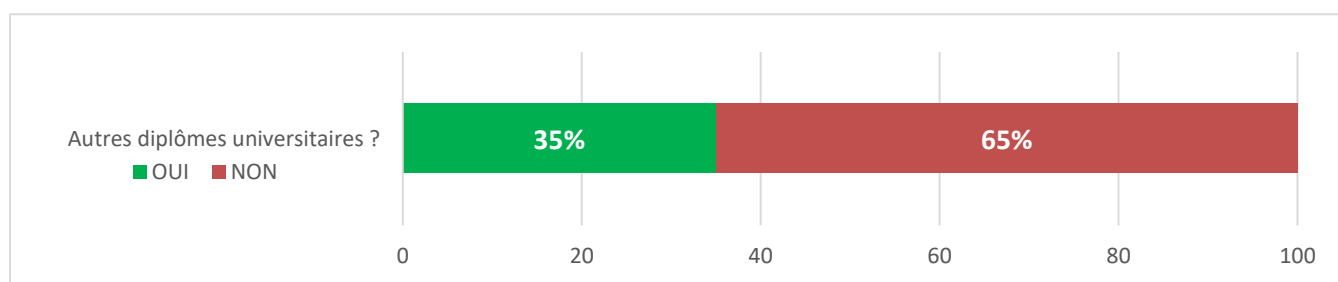
16,2 % des répondants (295/1830) ont bénéficié de la nouvelle formation graduée Master mise en place depuis la rentrée d'octobre 2012 (promotions 2012-2014 et suivantes) suite à la réingénierie de la formation.

Commentaires et interprétations :

Cette quasi-exclusivité des formations françaises peut s'expliquer par les grandes différences des niveaux d'exigence des diplômes européens entre eux. Dans le classement international d'exigences des formations paramédicales en anesthésie, la France arrive en deuxième position après le cursus et les pratiques professionnelles des États-Unis (CRNA).

Il apparaît que peu de formations européennes répondent aux exigences attendues pour permettre aux professionnels communautaires d'exercer dans le cadre de l'autonomie médicalement supervisée réglementé en France.

3.3. Diplômes universitaires :



35 % des personnes interrogées détiennent d'autres diplômes universitaires (ce rapport s'inverse pour les IADE Cadres qui sont **67 %** détenteurs d'autres diplômes universitaires)

22,25 % des personnes interrogées détiennent un ou plusieurs diplômes universitaires (DU ou DIU)

9,275 % détiennent un ou plusieurs diplômes nationaux universitaires (L-M-D hors DEIA grade Master) :

- 4,73 % sont titulaires d'un Master (hors grade Master du DEIA)
- 3,2 % d'une Licence,
- 0,046 % d'un doctorat,
- 1,3 % d'un autre diplôme universitaire (DEUG, Maîtrise)

3.4. Domaines des diplômes universitaires (DU /DIU) :



L'algologie/la prise en soin de la douleur arrive en tête des intitulés de D.U. (l'intégration du DU douleur dans certains cursus d'écoles d'IADE est venue renforcer le taux de diplômé.e.s de ce thème de prédilection pour la profession). Les autres thèmes récurrents (par ordre décroissant) sont : Urgences, Hypnose, Réanimation, Catastrophe, Rapatriement sanitaire, Gestion, Pédagogie, Droit...

3.5. Domaines des diplômes nationaux universitaires (L-M-D)



Les principaux domaines retrouvés sont : les Sciences de l'éducation, Sciences sanitaires et sociales, Management, Biologie, Gestion, Droit, Psychologie, STAPS, ingénierie des formations...

3.6. Formation de Formateur en Secourisme :

26.83 % (491) des répondants sont détenteurs d'un diplôme officiel de formateur en secourisme (Monitorat national...).

Commentaires et interprétations :

Nous nous doutions d'un chiffre conséquent en réponse à cette question, mais nous ne pensions pas trouver un chiffre aussi élevé ! Plus du quart de la population professionnelle est formateur en premiers secours ce qui démontre clairement l'appétence de notre corps professionnel pour la formation d'adulte et pour la médecine d'urgence/Secourisme/Catastrophe.

3.7. Formation Hypnosédation /hypnoanalgésie :

23,88 % (437) des répondants sont formés à l'hypnose.

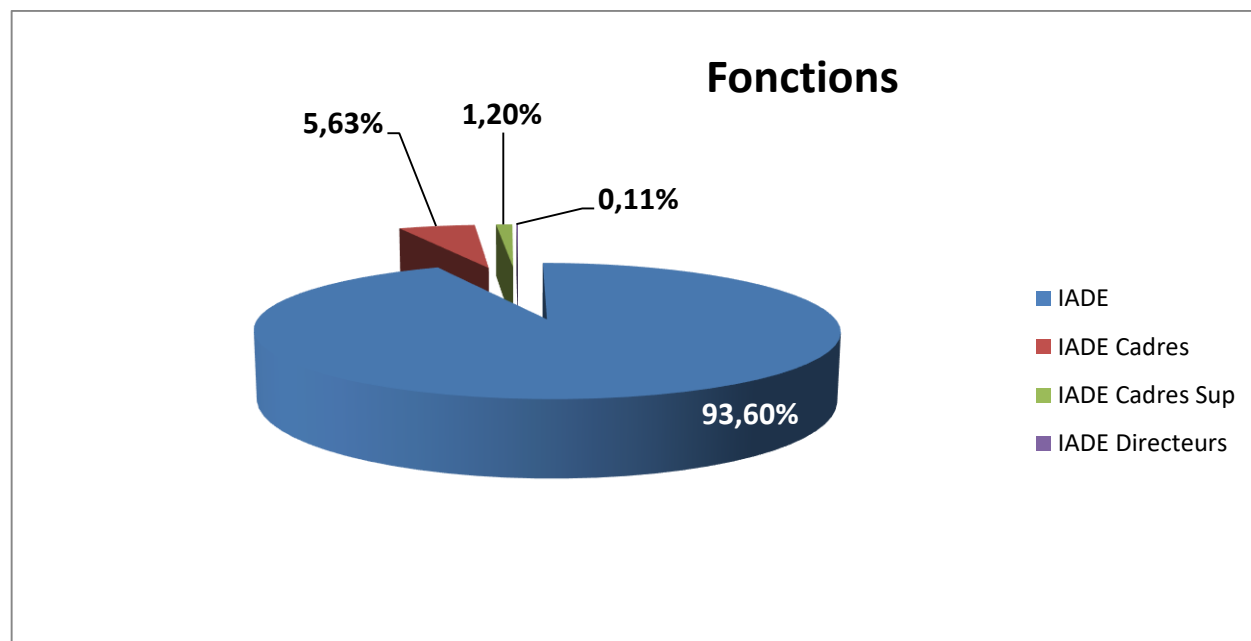
Ces derniers sont 80.55 % à pratiquer ces techniques **soit 19.23 % des IADE pratiquants des techniques d'hypno-analgésie.**

4. DONNÉES PROFESSIONNELLES ET EXTRA-PROFESSIONNELLES

4.1. Fonctions exercées :

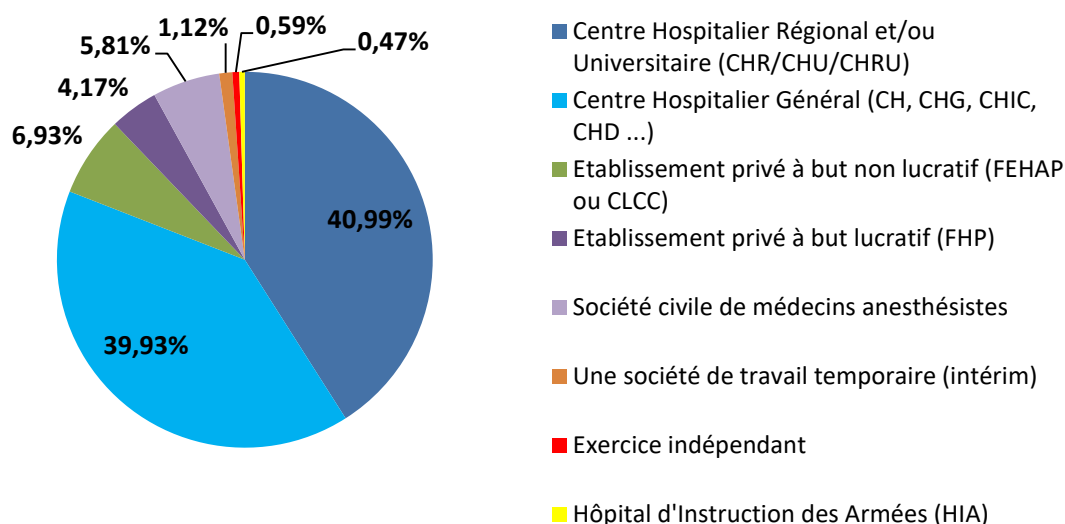
La répartition du panel selon les fonctions exercées se compose comme suit :

- 1703 IADE soit 93,06 % des répondants
- 103 IADE Cadres de Santé soit 5.63 % des répondants
- 22 IADE Cadres Supérieurs de Santé soit 1.20 % des répondants
- 2 IADE Directeurs des Soins soit 0.11 % des répondants.



4.2. Employeur principal :

La répartition du panel selon l'employeur principal se compose comme suit :

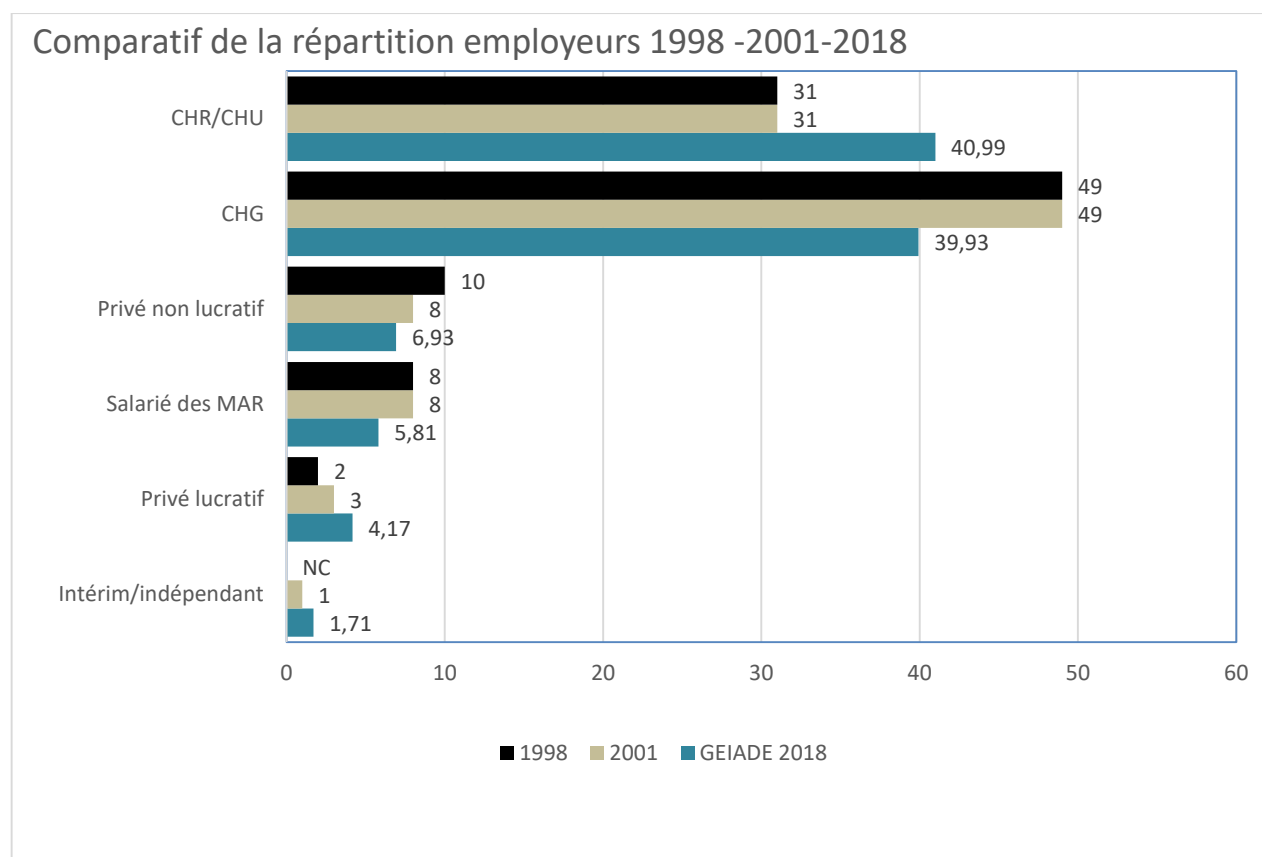


	Centre Hospitalier Régional et/ou Universitaire (CHR/CHU/CHRU)	40.99 %
	Centre Hospitalier Général (CH, CHG, CHIC, CHD ...)	39.93 %
	Établissement privé à but non lucratif (FEHAP ou CLCC)	6.93 %
	Société civile de médecins anesthésistes	5.81 %
	Établissement privé à but lucratif (FHP)	4.17 %
	Une société de travail temporaire (intérim)	1.12 %
	Exercice indépendant	0.59 %
	Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)	0.47 %

Les IADE Cadres se répartissent pour 45,67 % en CHU, 44,09 % en CHG et aux alentours de 8 % dans les établissements privés.

Tentative de comparaison des résultats de l'enquête avec les statistiques issues de la DREES et du SAE

	GEIADE	SAE 31/12/2017	DREES 2017
Public	81,39 %	87,94 % (9347)	91,4 % (9425)
Privé non lucratif	6,93 %	8,55 % (909)	4,52 % (465) Autres secteurs 4,08 % (421) Libéraux ou mixtes
Privé lucratif	4,17 %	3,51 % (373)	
Salariat des MAR	5,81 %		
Intérim/Indépendant	1,7 %		
Effectif TOTAL	100 %	10629	10311



Constats en bref :

La répartition des IADE en fonction de l'employeur correspond à 81.39 % de salariés publics, 6.93 % du privé non lucratif, 9.98 % du privé lucratif (dont 5.81 % de salariat de sociétés de médecins anesthésistes et 4.17 % de salariat de clinique de secteur privé lucratif). Le comparatif avec les données antérieures des enquêtes du SNIA (1998, 2001)² laisse apparaître qu'en 20 ans, la proportion d'IADE employés par les CHG a perdu près de 10 points, là où ceux des CH(R)U en ont gagné 10. Quoi qu'il en soit, en 20 ans, la part d'IADE exerçant au sein de la fonction publique hospitalière semble ne pas avoir bougé en proportion soit entre 80 et 90 %.

La part d'IADE exerçant au sein des établissements privés à but non lucratif (FEHAP, CLCC) et les IADE salariés des MAR semblent avoir baissé en proportion en 20 ans (-2 à -3 %).

La part d'IADE salariés par les établissements privés à but lucratif et l'exercice indépendant/intérimaire semblent quant à eux avoir augmenté en proportion, respectivement de +2,17 % et +0,71 %.

Commentaires et interprétations :

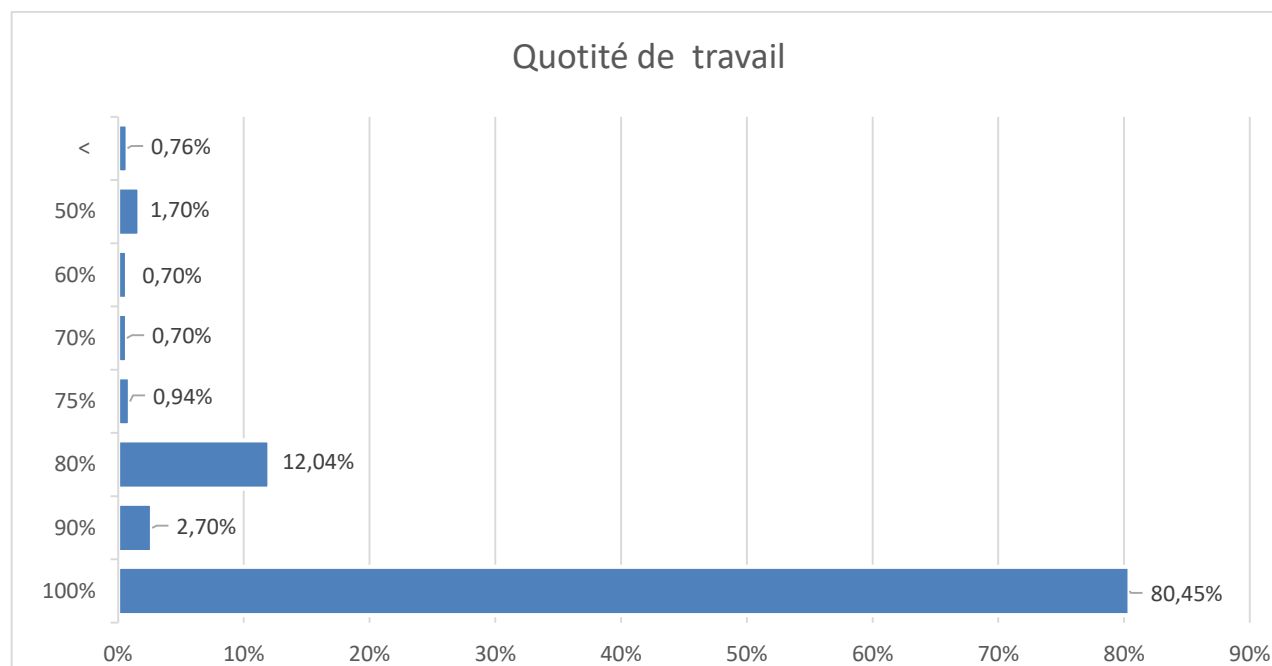
Malgré des écarts constatés avec les statistiques officielles de la DREES et de la SAE (qui d'ailleurs ne s'accordent pas entre elles), le profil des répondants de l'enquête correspond à la répartition employeurs des IADE en France, à savoir que la grande majorité du corps professionnel se situe au sein des établissements publics hospitaliers. On constate une bonne participation des professionnels du secteur privé à cette consultation nationale, ceci pouvant expliquer l'écart constaté. Le mode de recensement (Fichier ADELI pour la DREES et déclaration des établissements pour la SAE) et la multi-activité ou le cumul d'emploi de certains IADE (voir plus loin dans l'enquête) peuvent également expliquer les écarts entre les statistiques officielles entre elles.

² Enquêtes antérieures du SNIA (notamment celle de 2001) sur la démographie et les pratiques déclarées des IADE disponibles dans la rubrique « Publications SNIA » du site internet : www.snia.net/publications-snia.html

Les modifications proportionnelles constatées dans la fonction publique hospitalière entre CH(R)U et CH en comparaison des données antérieures (1998, 2001) pourraient s'expliquer par la baisse du maillage sanitaire public en 20 ans, la fermeture de blocs opératoires par la transformation d'hôpitaux en établissements SSR, EHPAD, voire leur fermeture et la concentration des plateaux techniques au sein des CH(R)U.

Au regard de ces résultats, nous estimons que la répartition « employeurs » du panel correspond globalement à la répartition du corps professionnel des IADE en France.

4.3.Quotité de travail :



Constats en bref :

- 80,45 % des IADE exercent à temps plein leur activité professionnelle.
- La formule de temps de partiel la plus répandue est le 80 % (12,4 % des répondants).
- 93,14 % des hommes et 72,86 % des femmes exercent à temps plein.
- 17 % des IADE femmes exercent leur activité à 80 %.
- Le taux de temps partiel s'élève donc à 19,55 % dans la population IADE, donnée à mettre en correspondance avec les statistiques 2016 de la DARES³ faisant état d'un taux de temps partiel dans la fonction publique (état, collectivités et hôpitaux) de 20,5 % et de 19,2 % pour l'ensemble des salariés.
- 6,86 % des IADE Hommes exercent à temps partiel, contre 7,6 % de l'ensemble des salariés masculins en France.
- 27,14 % des IADE Femmes exercent à temps partiel, contre 30,7 % de l'ensemble des salariées en France.

Commentaires et interprétations :

Les quotités de temps de travail et les proportions de temps partiel sont comparables avec le reste de la population générale.

³ Statistique annuelle sur le temps partiel, Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) Ministère du travail – 2016 <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/statistiques-de-a-a-z/article/le-temps-partiel>

4.4. Vacations pour un autre employeur ou établissement :

Constat en bref :

20,31 % des IADE déclarent effectuer des vacations pour un autre employeur.

La proportion d'IADE du secteur public déclarant exercer leurs fonctions pour un autre employeur s'élève à 14,1 % pour les IADE exerçant en CH(R)U et 19,57 % des IADE exerçant en CH ; soit une moyenne pour la fonction publique hospitalière de 16,82 %.

Le taux de cumul d'emploi pour les IADE relevé par l'enquête IGAS de 2011⁴ faisait état de 19,6 % d'IADE de la FPH en cumul d'emplois.

Commentaire et interprétation :

Cette baisse de 2,8 % du cumul d'activité des IADE de la FPH peut s'expliquer du fait de la « chasse » déclenchée en régions par certaines directions générales afin de faire respecter les règles en vigueur d'interdiction de cumul d'emploi.

De sources syndicales, il apparaît que cette volonté de mettre en conformité ces personnels s'effectue à géométrie variable selon les territoires. Rappelons que l'IGAS dans son rapport expliquait que ces cumuls d'emploi, bien qu'illégaux, « *pourraient avoir une utilité sociale en permettant le maintien ou la continuité du service qui est assuré au bénéfice du patient. Le cumul peut éviter par exemple le report des activités programmées* ».

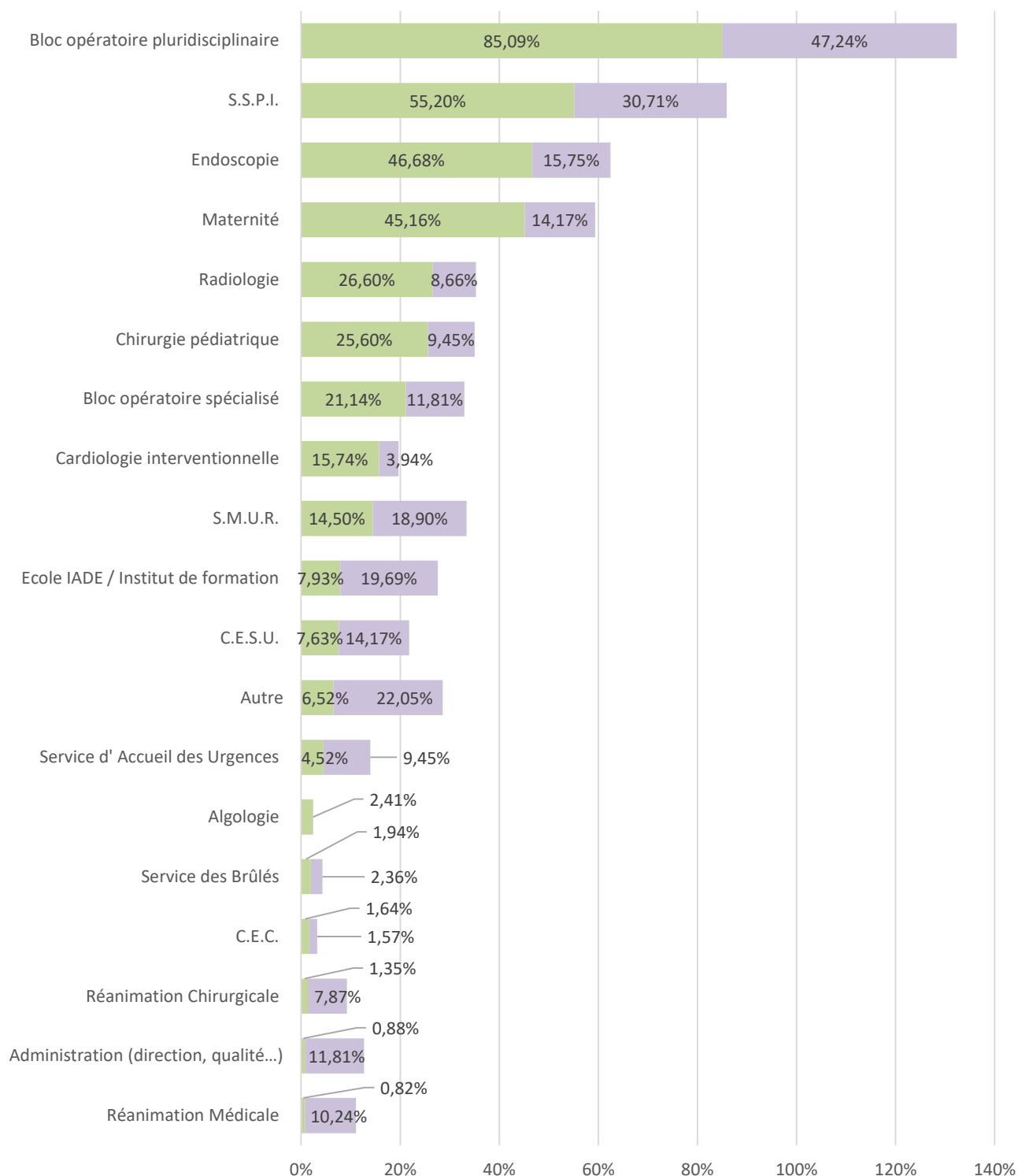
4.5. Secteurs d'activité des IADE et IADE Cadres sondés :

Réponses	IADE	IADE Cadres
Bloc opératoire pluridisciplinaire	85,09 %	47,24 %
S.S.P.I.	55,20 %	30,71 %
Endoscopie	46,68 %	15,75 %
Maternité	45,16 %	14,17 %
Radiologie	26,60 %	8,66 %
Chirurgie pédiatrique	25,60 %	9,45 %
Bloc opératoire spécialisé	21,14 %	11,81 %
Cardiologie interventionnelle	15,74 %	3,94 %
C.E.C.	1,64 %	1,57 %
S.M.U.R.	14,50 %	18,90 %
Service d'Accueil des Urgences	4,52 %	9,45 %
Réanimation Chirurgicale	1,35 %	7,87 %
Réanimation Médicale	0,82 %	10,24 %
Service des Brûlés	1,94 %	2,36 %
École IADE /Institut de formation aux professions de santé (IFSI, IFAS.)	7,93 %	19,69 %
C.E.S.U.	7,63 %	14,17 %
Algologie	2,41 %	0,00 %
Administration (Direction des soins, qualité, systèmes informatiques...)	0,88 %	11,81 %
Autres	6,52 %	22,05 %

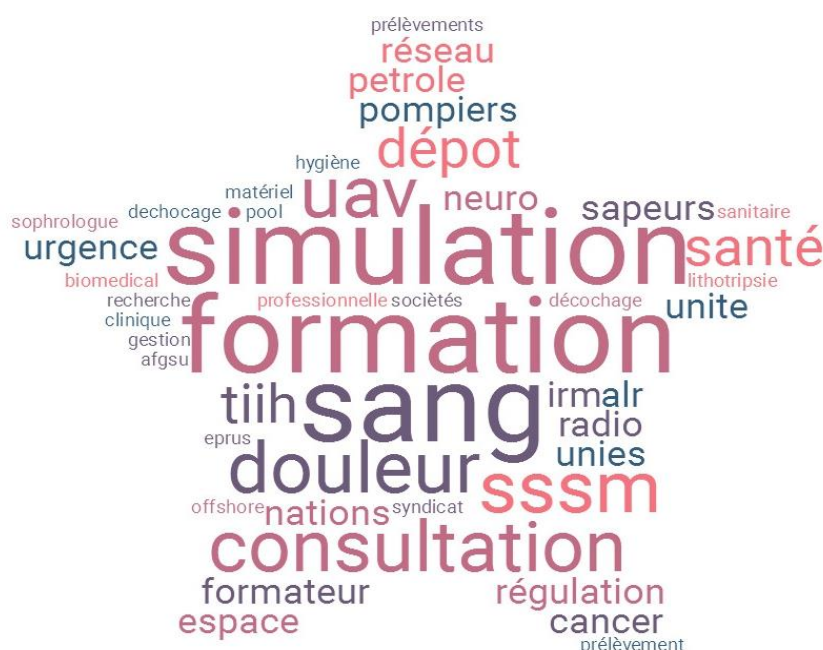
⁴ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le cumul d'activités dans la FPH sept 2011.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000573.pdf

Secteurs d'exercice professionnel déclarés par les IADE et IADE Cadres

IADE IADE Cadres



Autres secteurs d'activité professionnelle : 6.52 % pour les IADE et 22,05 % pour les IADE Cadres



Constats et interprétations en bref :

La répartition des secteurs d'activités dans lesquels les IADE sont amenés à travailler parle d'elle-même quant à la diversité des postes et fonctions exercées. De nombreux exercices mixtes sont démontrés sans que l'enquête ne puisse les définir précisément. Rares sont les IADE affectés à un seul poste de travail ou une seule activité/spécialité. Ces chiffres démontrent la polyvalence dont font preuve ces professionnels. Bien évidemment, ce sont les activités anesthésiques en bloc opératoire et en secteurs interventionnels qui arrivent en tête des activités.

On note que l'exercice en SMUR se maintient à 14,5 %, l'enquête SNIA de 2001 démontrait que ce taux s'élevait à 16,54 %, dont 15,5 % en exercice mixte (Bloc/SMUR ou Réanimation/SMUR).

L'intervention au sein des urgences intra hospitalières représente 4,52 % des professionnels. Les parts additionnées d'IADE intervenant en secteurs de réanimation/Brûlés atteignent quant à lui 4,11 %.

On note également que l'intervention sur les lieux de formation (Écoles d'IADE, Instituts de formation, CESU) concerne entre 7 et 8 % des IADE.

Les secteurs d'exercice principaux des IADE Cadres de santé sont logiquement superposables avec les lieux d'exercice les plus représentés chez les IADE (activités d'anesthésie). On remarque cependant que l'encadrement des SMUR représente près de 19% des professionnels cadre et 9,45% de l'encadrement des services d'accueil des urgences. Il est à noter que dans ces deux disciplines le pourcentage de IADE cadres de santé est supérieur à celui des IADE. Ce résultat montre l'intérêt que les établissements de santé portent à l'expertise spécifique détenue par les IADE cadre de santé pour animer et organiser l'activité de ces services.

L'activité de formation est évidemment l'autre domaine d'activité dans lequel on retrouve les IADE Cadres de santé (20% dans les écoles et instituts de formation et 14% interviennent dans les centres d'enseignement des soins d'urgence). 8% des IADE Cadres managent des services de réanimation chirurgicale et on note que plus de 10% exercent leur activité en réanimation médicale. Près de 12% déclarent exercer au sein d'entités administratives auprès des directions (soins, qualité, RH ...). Enfin on note la grande proportion d'IADE Cadres (22,5%) intervenant en dehors des secteurs proposés par l'enquête. L'analyse des 20 réponses écrites décrivant un exercice hors cadre de l'enquête font mention de fonctions diverses: encadrement des services de stérilisation, des services de chirurgie et anesthésie ambulatoire, les coordinations des prélèvements d'organes, les centres de simulation ainsi que d'autres services de soins (dont 2 en EHPAD).

4.6. Encadrement de proximité des IADE :

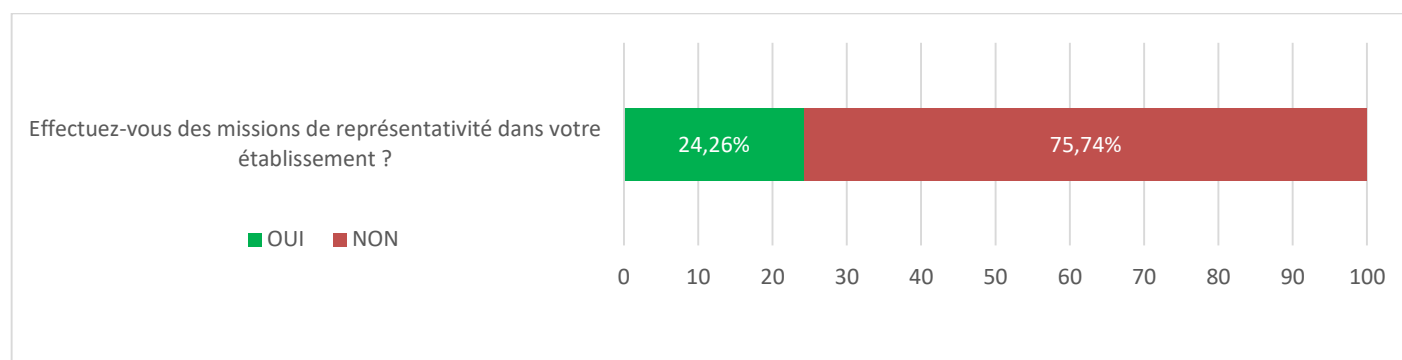
Réponse	Hôpitaux publics	Cliniques privées	Salariés du/des MAR
Cadre de santé IDE	7.86 %	8.99 %	0
Faisant Fonction Cadre de santé IDE	4.47 %	9.52 %	0
Cadre de santé IADE	60.39 %	21.69 %	0
Faisant Fonction Cadre de santé IADE	11.76 %	17.46 %	0
Cadre de santé IBODE	7.72 %	16.93 %	0
Faisant Fonction Cadre de santé IBODE	2.09 %	6.88 %	0
Cadre Supérieur de pôle	2.24 %	2.65 %	0
Faisant Fonction Cadre Sup de Pôle	0.22 %	1.06 %	0
Cadre ou Faisant Fonction de Cadre venant d'autres spécialités	1.23 %	0.53 %	0
Direction des soins	0.94 %	0.00 %	0
Direction générale	0.07 %	0.00 %	
Autres	1.01 %	14.29 %	100 % MAR

Dans le secteur public hospitalier, 72,15% des IADE déclarent être encadrés par des personnels de leur spécialité.

Dans les cliniques du secteur privé, il apparaît que le rapport s'inverse fortement, car l'on observe que seulement 39,15% déclarent bénéficier d'un encadrement IADE.

85 % des professionnels sondés déclarent que l'encadrement délègue une partie de ses activités à un (e) ou des IADE pour la gestion de l'équipe IADE (planning, matériel...). Il n'y a pas d'écart significatif selon si l'encadrement est spécifique IADE ou non.

5. FONCTIONS DE REPRÉSENTATIVITÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT



24.26 % des IADE répondants exercent des fonctions de représentativité dans leur établissement, se répartissant comme suit :

ues	11.71 %
	43.02 %
	13.06 %
	4.73 %
	27.25 %
	9.68 %
ce)	12.84 %
ntreprise)	10.81 %
avail)	8.56 %
	2.48 %

entativité.



mandats dans ces instances de

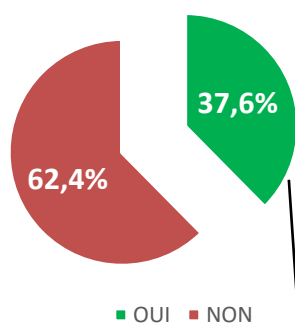
eur de notre profession et démontre

suivi des CLUD (27,25 %).

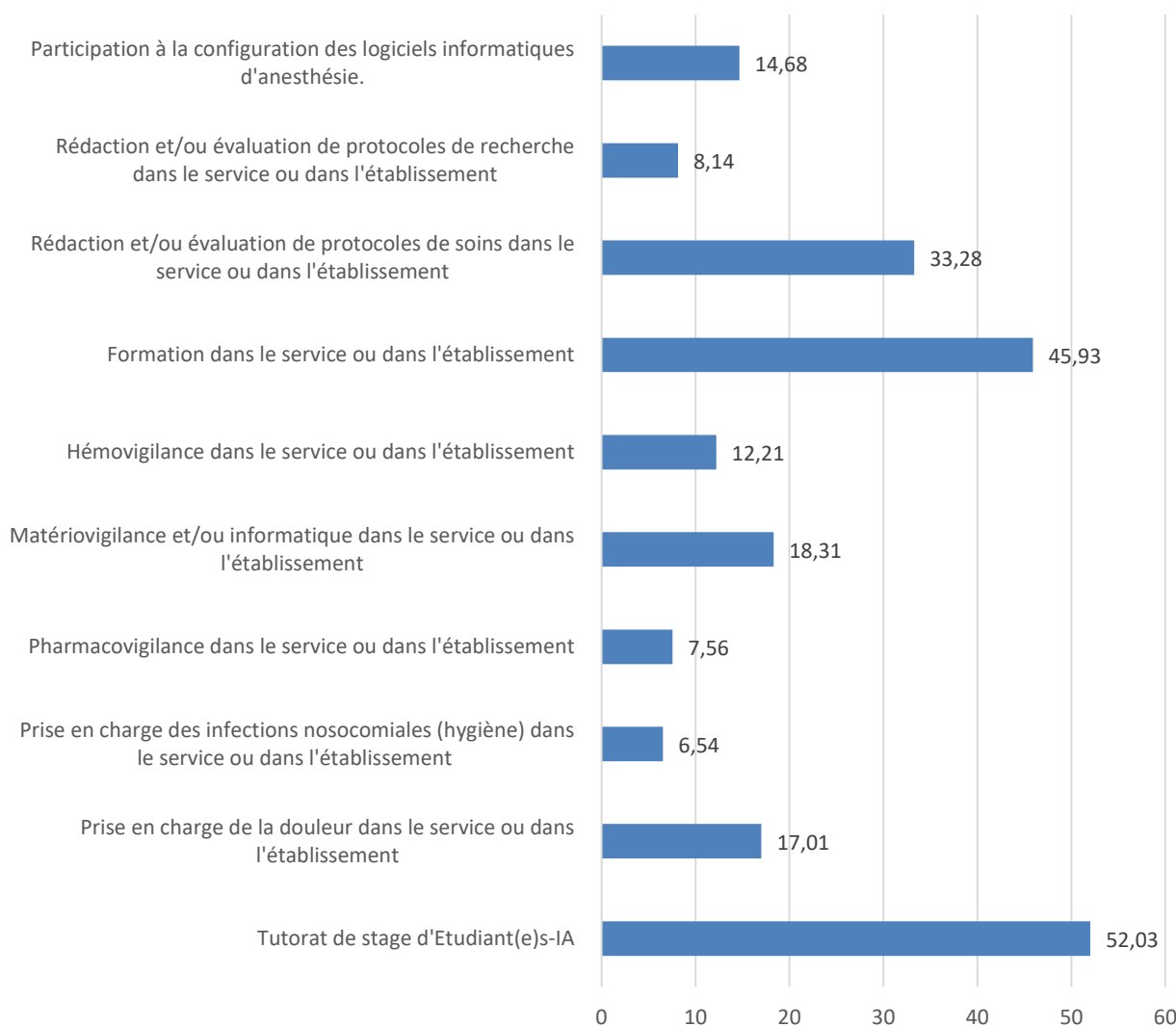
es (Commission des soins infirmiers, des taux élevés eu égard à ce que : les IADE représentent 1,4 % des ntativité qui déclarent éprouver des n importance (près d'un tiers d'entre te, mais l'on suspecte que le facteur

6. MISSIONS TRANSVERSALES DANS L'ÉTABLISSEMENT

Exercez-vous une ou des missions transversales au sein de votre établissement ?



Quelles missions transversales ?



Les IADE Cadres de santé sont, quant à eux, 66,93 % à exercer des missions transversales.

Rôles	%	Descriptif et répartition
Tutorat de stage d'Étudiant (e)s-IA	52.03 %	
Prise en charge de la douleur dans le service ou dans l'établissement	17.01 %	La moitié est référent de service et/ou membre du CLUD. ¼ sont référents de l'établissement, ¼ exercent en unité douleur, formateur, hypno analgésie, ...
Prise en charge des infections nosocomiales (hygiène) dans le service ou dans l'établissement	6.54 %	Référents de service en majorité (>80 %), membres du CLIN, 1 référent de l'établissement.
Pharmacovigilance dans le service ou dans l'établissement	7.56 %	2/3 sont référents de service et pour 1/3 membres des groupes de travail de leur établissement
Matéiovigilance et/ou informatique dans le service ou dans l'établissement	18.31 %	¾ référents de service, 1/3 sont membres des groupes de travail de leur établissement, 7 sont référents de leur établissement.
Hémovigilance dans le service ou dans l'établissement	12.21 %	60 % sont référents de service, 16.5 % référents de leur établissement, 33 % membres de groupe de travail dans leur établissement, 20 % Gestion et formation au dépôt de Sang
Formation dans le service ou dans l'établissement	45.93 %	La moitié est référent de service, 28 % référent hôpital, 28 % interviennent en IFSI, 22 % en École d'IADE, 4 % en école d'IBODE et 20 % exercent en CESU/Simulation/Formateurs
Rédaction et/ou évaluation de protocoles de soins dans le service ou dans l'établissement	33.28 %	La majorité est référent de service (>70 %), 10 % sont référents de leur établissement, 20 % participent à des groupes de travail.
Rédaction et/ou évaluation de protocoles de recherche dans le service ou dans l'établissement	8.14 %	59 % sont référents du service
Participation à la configuration des logiciels informatiques d'anesthésie.	14.68 %	
Directeur/Maître de mémoire d'Étudiants (paramédicaux...)	16.13 %	

Autres domaines concernés par les missions transversales :



Constats en bref :

37.6 % des IADE et **67 % des IADE Cadres** déclarent exercer des missions transversales dans leur établissement.

51,44 % des IADE exerçant des missions transversales déclarent avoir des difficultés pour pouvoir exercer leurs fonctions.

Commentaires et interprétations :

Comme pour les missions de représentativité, les IADE (et encore plus les Cadres) participent en nombre aux missions transversales de l'établissement (près de 38 % d'entre eux/elles). La formation est la première mission (tutorat de stage, formation dans le service et/ou l'établissement, directeur de mémoire), puis la rédaction et/ou évaluation de protocoles du service, Matérovigilance, Douleur, Informatique. Ce taux d'engagement démontre l'implication et le leadership des IADE dans la formation du personnel, mais aussi dans toutes les missions concourant au bon fonctionnement du système dans lequel ils/elles évoluent. Comme pour les missions de représentativité, le taux de déclaration de difficulté à pouvoir exercer ces missions transversales (Plus de la moitié !) questionne.

6.1.Missions humanitaires :

6.39 % des répondants participent à des missions humanitaires, 1/3 d'entre eux déclarent pouvoir effectuer ces missions facilement. Pour les 2/3 restants cela apparaît très difficile (50 %) voire impossible (17 %), ce qui questionne sur les possibilités offertes aux employeurs de permettre la réalisation de ces missions, malgré une législation sensée être facilitatrice.

6.2.Activités annexes liées aux soins/secours :

18 % des IADE participent à des activités extra-professionnelles liées aux domaines sanitaires et sociaux (soins, secours)

7,69 % des répondants IADE sont Infirmiers Sapeurs-Pompiers (voir focus IADE ISP à la suite)

4.5 % des répondants sont Réservistes EPRUS

1.75 % sont Réservistes au Service de santé des armées

2.13 % sont membres d'une ONG (MSF/MDM/...)

6.3.Focus IADE Infirmier(e) Sapeurs-Pompiers (ISP) :

Partant des résultats de l'enquête, l'on constate le taux d'engagement des IADE au sein des Services de Santé et de Secours Médical (SSSM) des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) à 7,7 %, soit par extrapolation un corps d'environ 790 IADE engagés en France sur ces missions. Considérant le nombre d'infirmiers sapeurs-pompiers en France qui serait de 6922 professionnels⁵, les IADE représenteraient 11,4 % des Infirmiers Sapeurs-Pompiers.

Rappelons que ce taux d'engagement citoyen, ramené à la population générale des professionnels infirmiers (1,4 %), démontre l'implication certaine de notre spécialité au sein de cette activité du secours à la personne et médecine d'urgence.

⁵ Statistiques des Services d'incendie et de Secours (SDIS) Édition 2017 – DGSCGC – Ministère de l'Intérieur : <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/107834/856858/file/StasSDIS17BD.pdf>

67 % des IADE ISP déclarent exercer avec des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) spécifiques IADE dans leur département leur permettant de mettre en œuvre leurs compétences. Partant de ce déclaratif, nous avons pu ébaucher la carte suivante qu'il faut prendre avec toutes les précautions nécessaires :

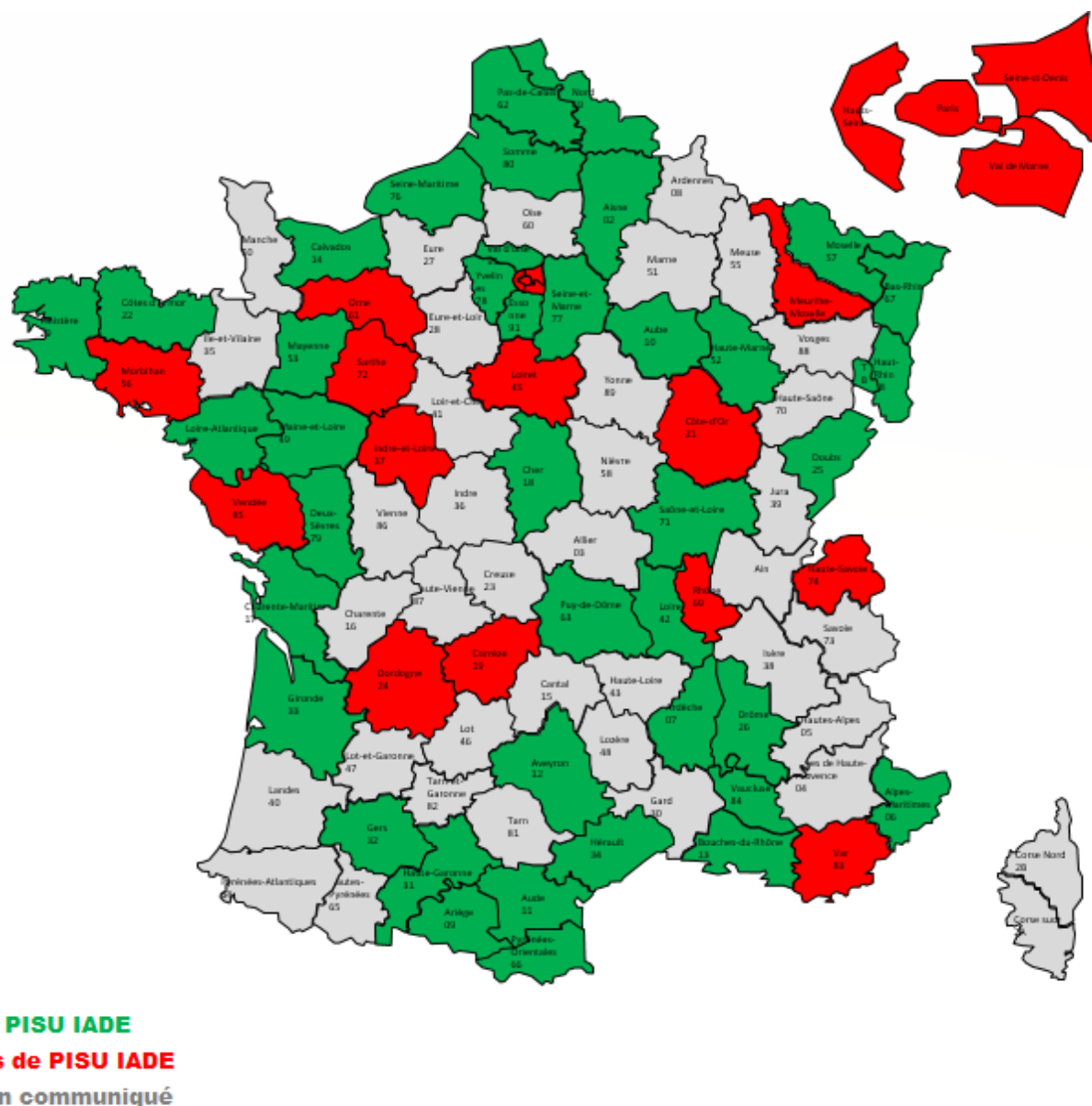


Figure 1 : Carte départementale des SDIS en fonction de l'existence ou non de PISU spécifique IADE

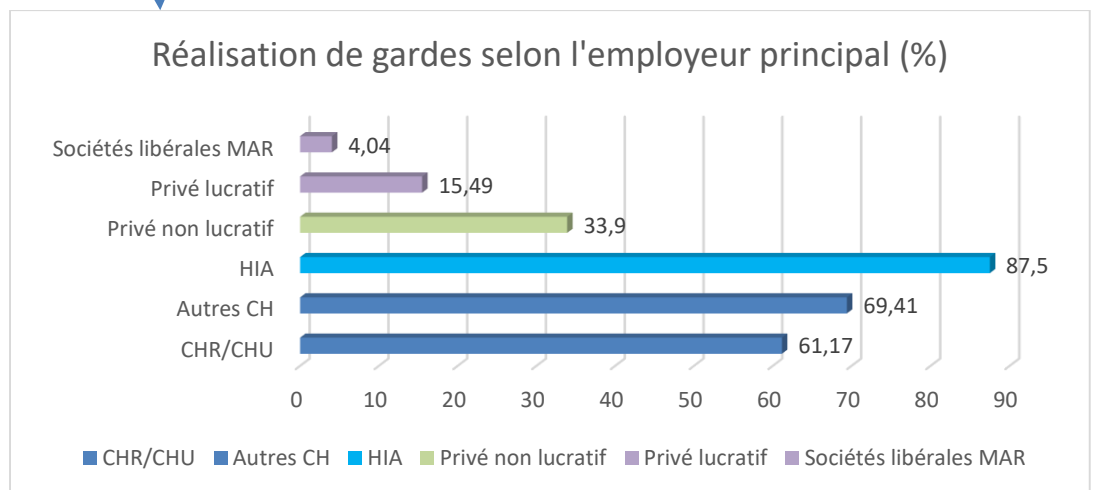
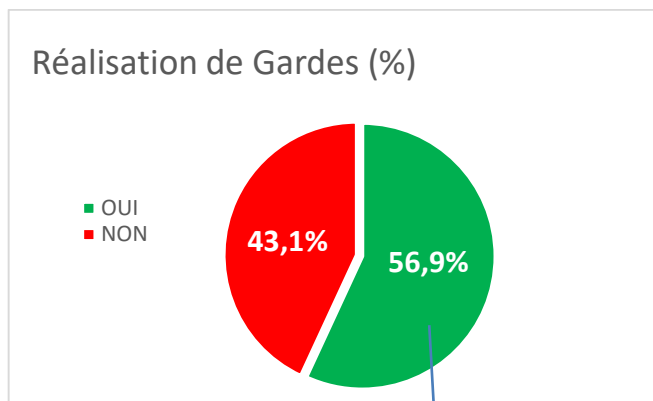
Les départements en VERT possèderaient des PISU spécifiques IADE

Les départements en ROUGE ne disposeraient pas de PISU spécifique IADE

Nous ne détenons pas d'informations sur les départements grisés.

7. PERMANENCE DES SOINS

7.1. Gardes :



Constats en bref et interprétation :

57 % des IADE réalisent des gardes sur place. En 1998, ils étaient 52 % à déclarer en effectuer ce qui montre une légère augmentation de ce dispositif pour permettre la continuité des soins.

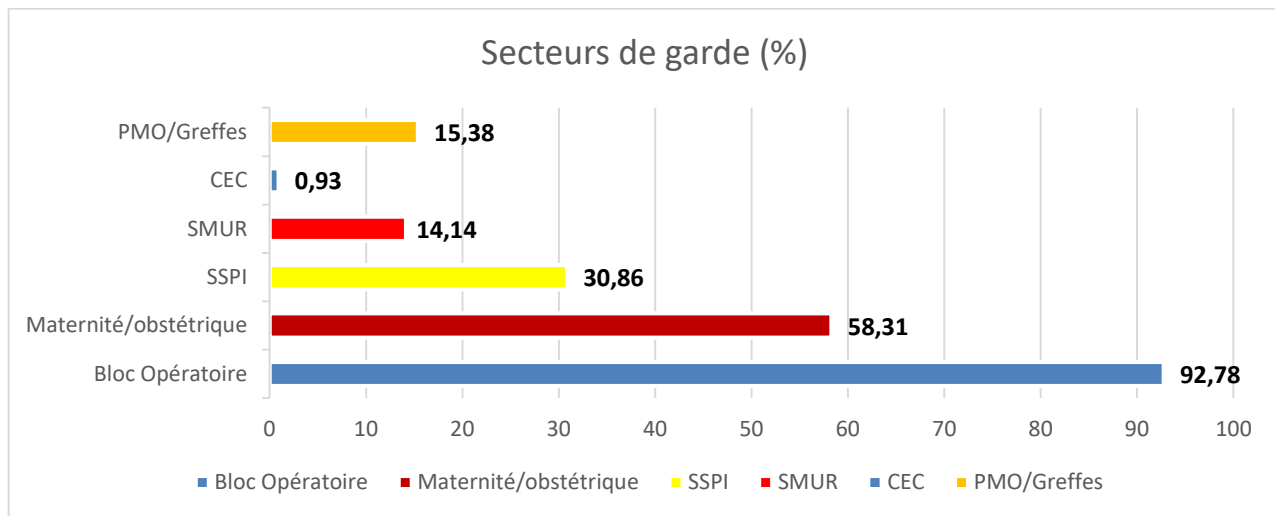
Les résultats confirment que les contraintes de gardes liées à la permanence des soins concernent en majorité les agents du secteur public avec 65,39 % en moyenne.

On note l'engagement particulier du secteur privé non lucratif PSPH (33,9 %) dans ce dispositif.

Ces gardes sont incluses pour 68.11 % dans le temps de travail hebdomadaire, elles l'étaient pour 65 % lors de l'enquête SNIA de 2001. Elles sont rémunérées en heures supplémentaires pour 62 %.

Les IADE Cadres de santé réalisent des gardes administratives pour 57,48 % d'entre eux.

7.1.1. Secteurs concernés par les gardes :



7.1.2. Gardes de 24 heures :

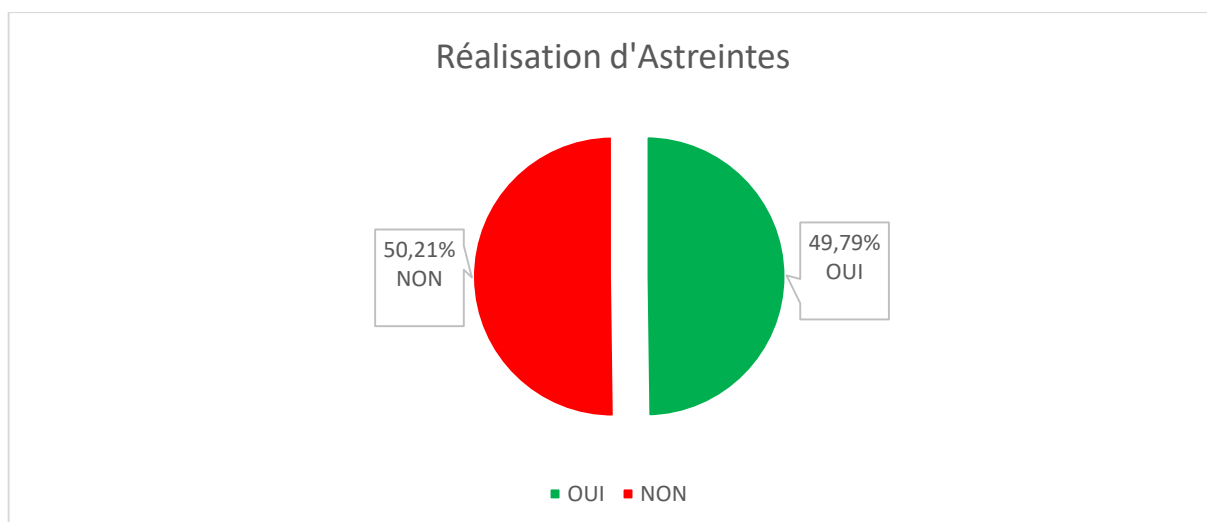
22.5 % des IADE effectuent des gardes d'une durée de 24h [39.6 % des IADE qui réalisent des Gardes (56.9 %)].

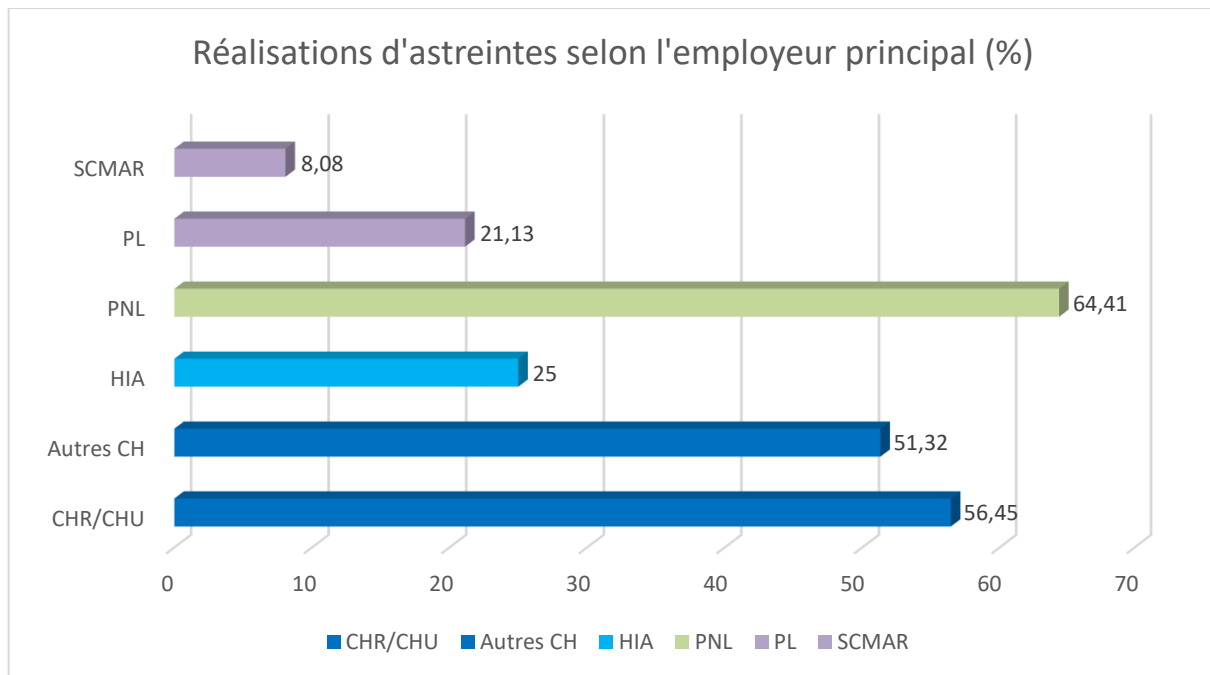
Les IADE réalisant des gardes d'une durée de 24 heures sont proportionnellement et respectivement les IADE exerçant en CH-CHG (58.69 %), les IADE exerçant dans le secteur privé non lucratif (47.5 %), les IADE exerçant en CHR-CHU (18.5 %).

Ils disposent de chambre dans 91.5 % des cas.

On constate que ce dispositif, pourtant hors des clous sur le plan légal, perdure encore et permet aux établissements la continuité et la sécurité des soins.

7.2. Astreintes :





Constats et interprétations :

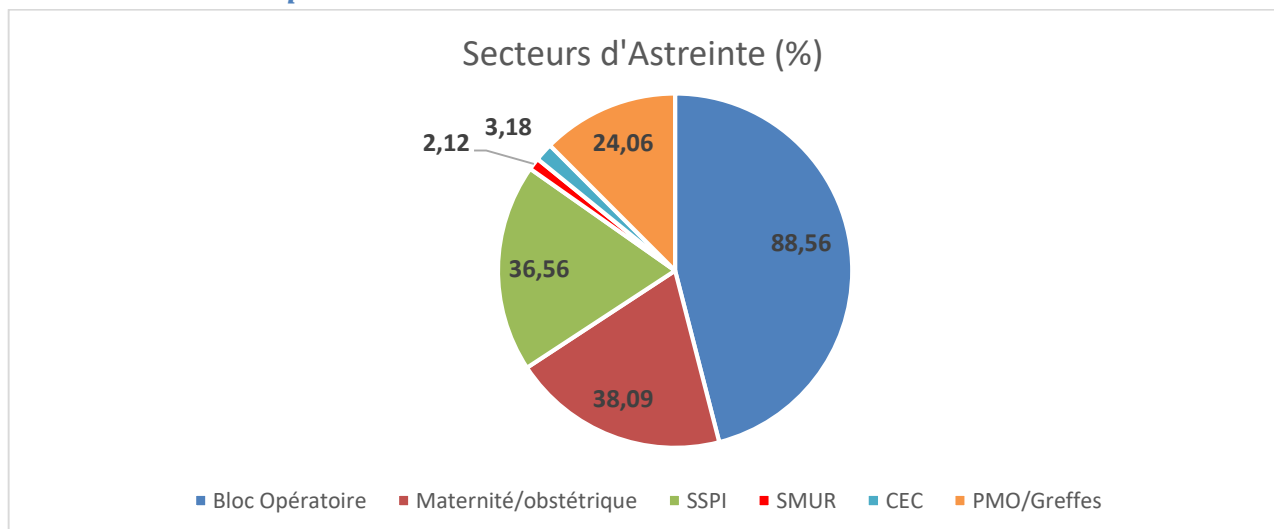
49.79 % des IADE réalisent des astreintes à leur domicile, contre 37 % en 2001. Cela tend à démontrer que le recours à l'astreinte a pris une ampleur certaine.

La moitié des IADE hospitaliers en réalisent, on note un recours notable au système d'astreinte dans le secteur privé non lucratif (64,4 %) et le faible recours dans le système privé lucratif (21,13 %)

Tous secteurs confondus, l'astreinte est réalisée sur un mode de volontariat pour 75 % des répondants. (Ce taux de volontaires était de 71,2 % en 1998). Pour 74 % des IADE effectuant des astreintes, ces dernières ne sont pas comptabilisées dans le temps de travail hebdomadaire, elles sont rémunérées pour 90.57 % en heures supplémentaires.

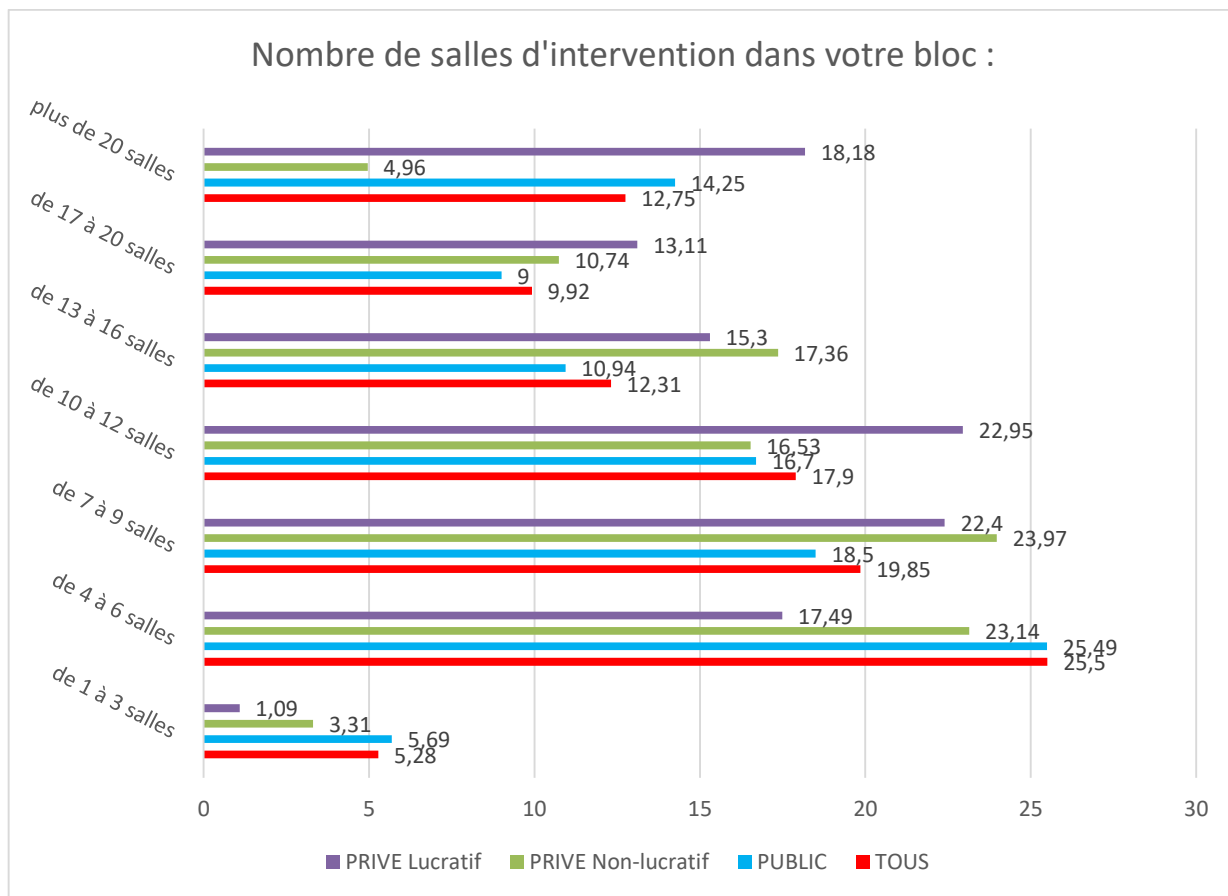
Les IADE Cadres de santé sont 37,8 % à réaliser des astreintes administratives, ils étaient 16,2 % en 2001. Cette augmentation du recours à l'astreinte à domicile pour un corps de management nous a étonnés sans que nous trouvions d'explications précises.

Secteurs concernés par les astreintes à domicile



8. ACTIVITES ANESTHESIQUES

8.1. Environnement de travail au bloc :



Rappelons que les statistiques de la DREES 2014⁶ rapportent un nombre total de 7416 salles de bloc opératoire tous établissements confondus (1021 établissements). Les centres hospitaliers publics (454 établissements) disposaient de 3338 salles, les établissements privés non lucratifs (98 établissements) de 640 salles et les établissements privés lucratifs (469 établissements) de 3438 salles.

Constat en bref :

Secteur public : un peu moins d'1/3 (31 %) des IADE exercent au sein de petits blocs (1 à 6 salles), 1/3 (35 %) dans des blocs de moyenne grandeur (7 à 12 salles) et le dernier tiers (34 %) dans de grands blocs (13 à +de 20 salles).

Secteur privé non lucratif : 1/4 (26,45 %) des IADE exercent au sein de petits blocs (1 à 6 salles), 40,5 % dans des blocs de moyenne grandeur (7 à 12 salles) et le dernier tiers (33,05 %) dans de grands blocs (13 à +de 20 salles)

Secteur privé lucratif : 18,58 % dans de petits blocs, 45,35 % dans de moyens blocs, 46,59 % dans de grands blocs. Le pourcentage dépasse les 110 % pouvant s'expliquer par un exercice sur plusieurs établissements de tailles différentes (réponses multiples possibles).

⁶ Les établissements de santé, Partie 17, l'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux, édition 2016 – DREES
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche17-4.pdf>

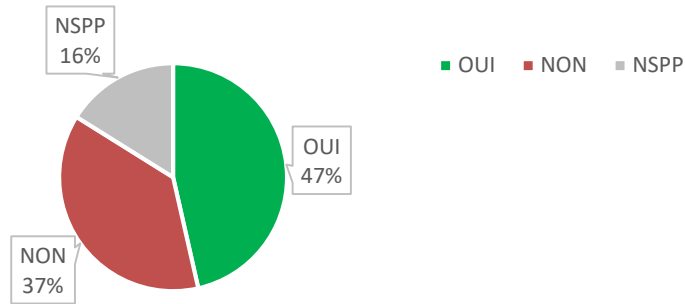
8.2.Ambulatoire :

87.69 % des IADE interrogés (1446) déclarent participer à l'activité ambulatoire.

Cette donnée confirme l'engagement et le rôle de la profession IADE dans le cadre du « virage ambulatoire ».

QUESTION D'OPINION *Validation de sortie de service ambulatoire par l'IADE*

Pensez-vous avoir les connaissances/compétences nécessaires pour valider les sorties des patients des services ambulatoire ?

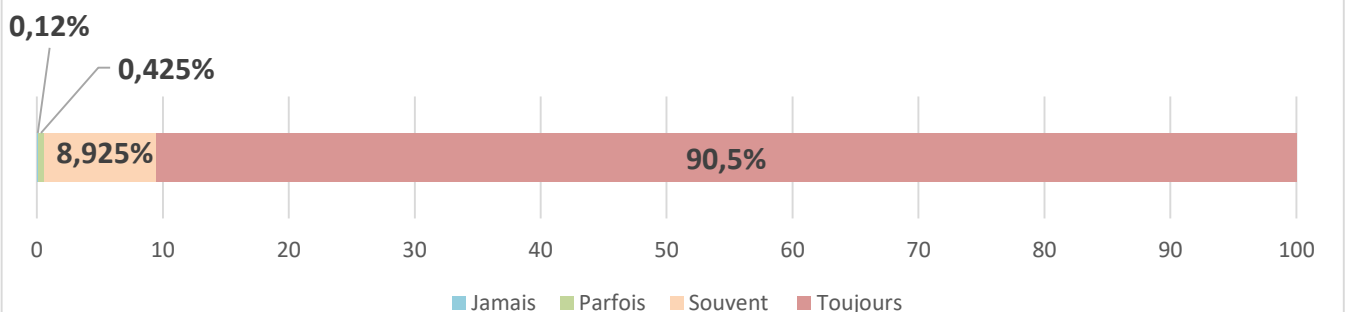


Commentaire :

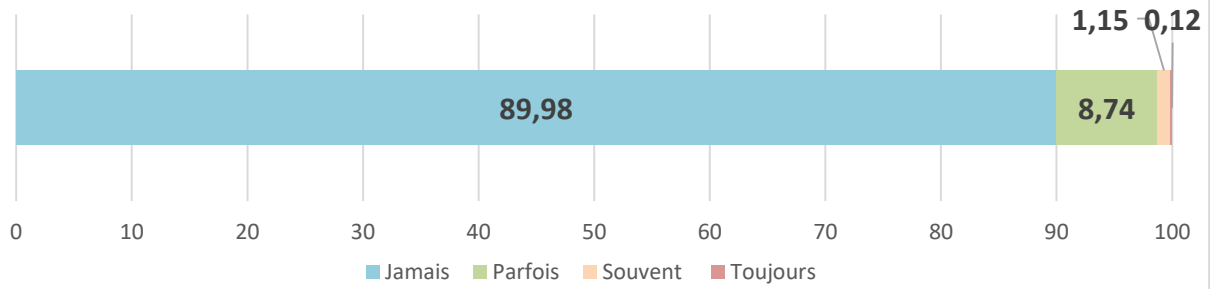
La proposition du SNIA d'ouvrir un rôle aux IADE dans le cadre des validations de sortie des patients des unités de chirurgie et anesthésie ambulatoire se veut volontariste. Les critères de « remise à la rue » des patients sont en effet dans les compétences enseignées aux IADE. Ce rôle pouvant être additionné à la gestion de la douleur post-opératoire et/ou l'activité de consultation/visite (voir plus loin dans l'enquête) favoriserait un nouveau profil de poste. Ce rôle permettrait de dégager du temps médical et la fluidification du parcours patient.

8.3.Temps pré-opératoires (Consultation d'anesthésie – Visites pré-anesthésiques) :

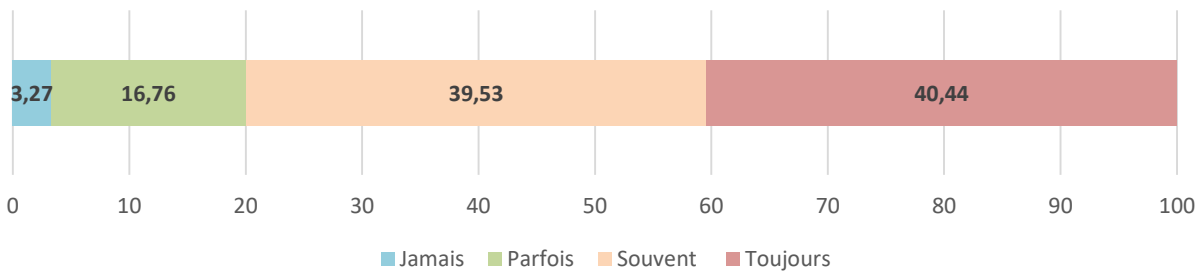
Le patient que vous prenez en charge en anesthésie a-t-il bénéficié d'une **consultation d'anesthésie** (hors urgence) ?



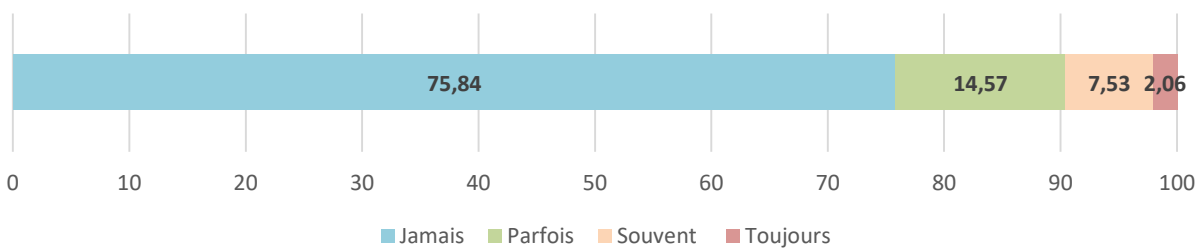
Participez-vous à cette consultation d'anesthésie ?



Le patient que vous prenez en charge en anesthésie a-t-il bénéficié d'une **visite pré-anesthésique** (hors urgence) ?

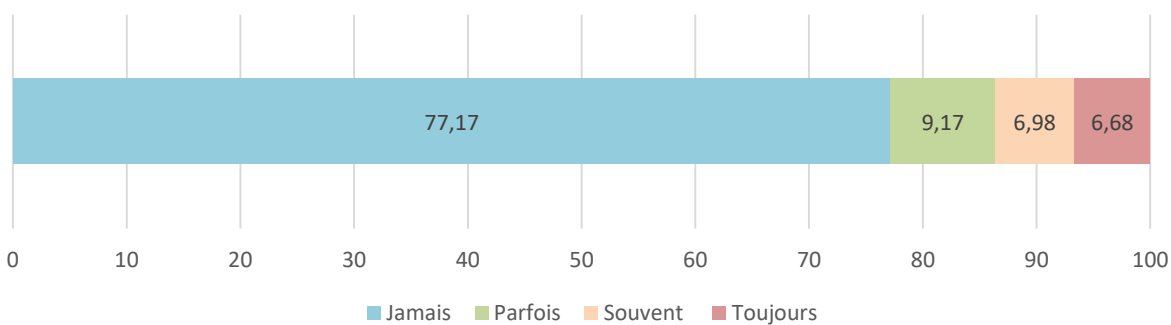


Participez-vous à cette visite pré-anesthésique (hors urgence) ?



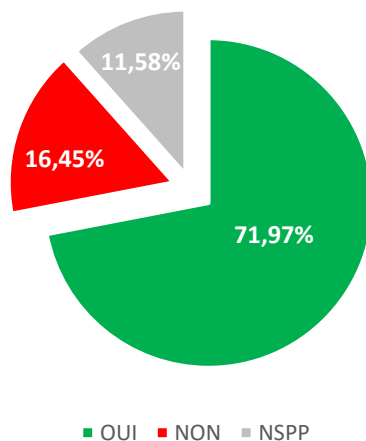
Réalisation de la VPA par l'IADE

Faites-vous une visite pré-anesthésique seul(e) (de manière autonome) régulièrement ?



QUESTION D'OPINION Réalisation des CPA/VPA par l'IADE

Pensez-vous avoir les connaissances et compétences nécessaires pour :
[Effectuer des visites ou consultations préopératoires en collaboration avec
le MAR ? (après discrimination par questionnaire des patients plus à
risques)]

**Constats en bref :**

L'absence de consultation d'anesthésie (hors urgence) apparaît exceptionnelle.

La participation de l'IADE à la consultation d'anesthésie reste également exceptionnelle (Parfois 8,74 %).

La VPA est toujours réalisée dans 40 % des cas et souvent dans 39,5 %. (Parfois 16,76 % et Jamais 3,27 %).

Contrairement à la consultation, les IADE déclarent pour près de 10 % d'entre eux participer fréquemment (souvent/toujours) à la réalisation de la VPA avec le MAR. 13,66 % des IADE déclarent réaliser fréquemment en autonomie ces VPA.

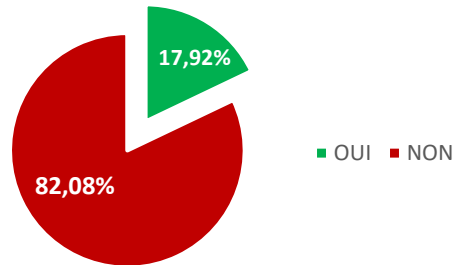
71,97% des IADE déclarent avoir les connaissances et compétences nécessaires pour effectuer des consultations/visites pré-opératoires/pré-interventionnelles, en collaboration avec le MAR et après discrimination des patients par questionnaire. (16,45 % Non et 11,58 % NSPP)

Commentaires et interprétations :

Malgré le peu d'espace ouvert aux IADE pour des activités de CPA et VPA, il s'avère que les IADE se sentent prêts à assumer de nouveaux rôles dans le système. Une collaboration permettant la réalisation par l'IADE de visites pré-anesthésiques, voir de consultations aux patients sans antécédents notables, dans le cadre de l'ambulatorio par exemple, aurait tout son sens et sa pertinence. Ces nouvelles activités pourraient permettre la redistribution de temps médical sur des activités de consultation « complexe » tout en permettant aux patients sans antécédents de bénéficier d'une information complète sur l'acte anesthésique délivrée par un professionnel de l'anesthésie, l'IADE. Reste à créer les conditions réglementaires et organisationnelles de ces nouvelles pratiques en dépassant le cloisonnement des tâches attaché à cette activité.

8.4.Fonctions de régulation du bloc opératoire :

Dans votre activité au bloc opératoire, exercez-vous régulièrement des fonctions de régulation ?



Constat en bref :

Près de 18 % des IADE exercent des fonctions de régulation au sein de leur bloc opératoire.

Les IADE Cadres de santé travaillant en bloc opératoire sont 80,88 % à exercer des fonctions de régulation.

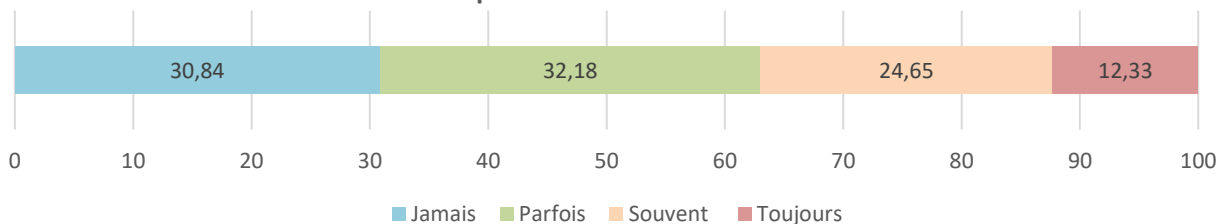
Commentaires et interprétations :

Ce taux de 18 % des IADE n'est pas anodin et démontre également la proportion d'IADE développant d'autres aptitudes au sein de l'organisation des blocs opératoires. Le taux d'IADE Cadres à remplir ces missions de régulation démontre également leur forte implication sur cette activité pivot.

8.5.Stratégie anesthésique :

Disposez-vous d'une stratégie anesthésique écrite établie par un médecin anesthésiste (hors urgence) avant la réalisation de l'acte

?



Constats en bref :

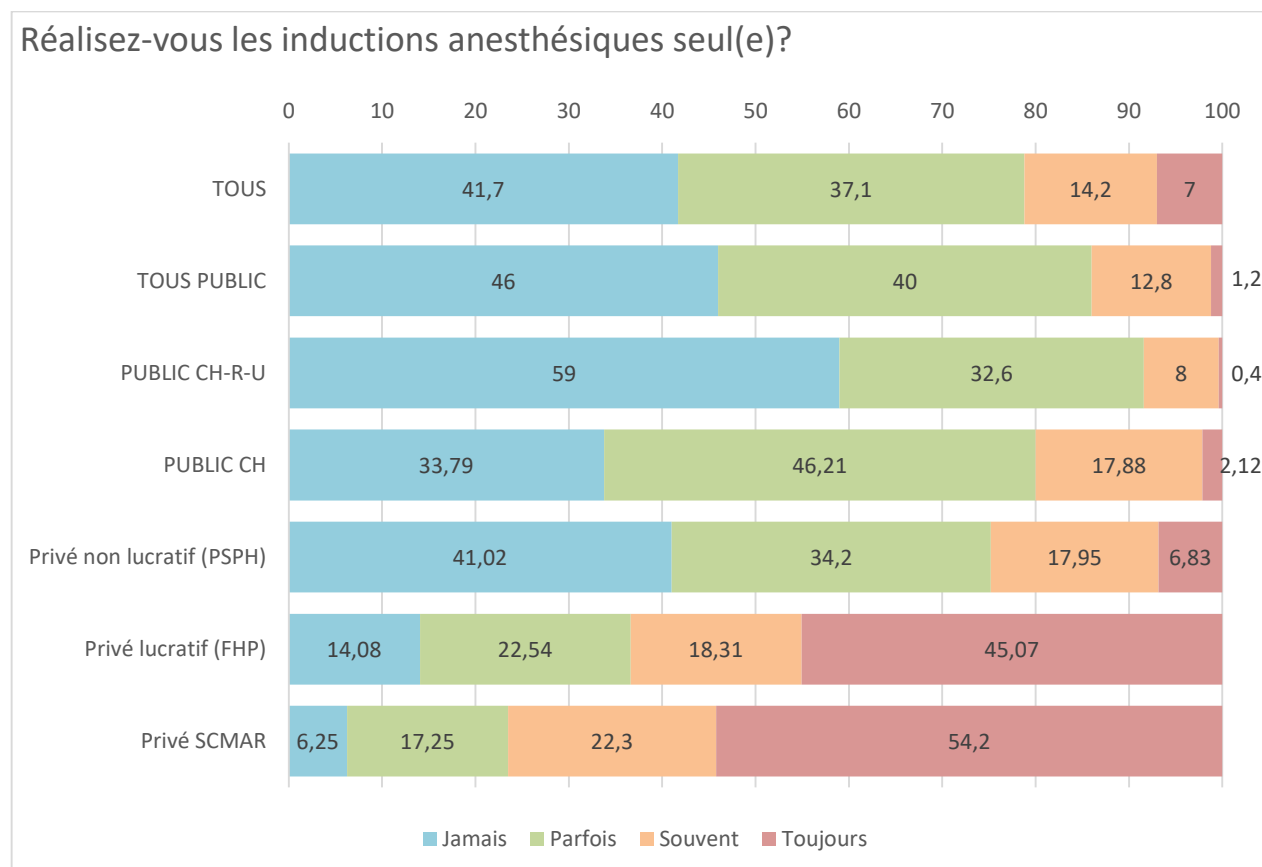
La stratégie anesthésique (anciennement protocole) établie par le MAR n'est toujours présente que dans 12 %, souvent 25 %. Elle n'est jamais présente dans 31 % des cas et seulement parfois présente dans 32 %.

Commentaires et interprétations :

Cette absence interpelle sur le fait légal de la pratique IADE en l'absence de stratégie écrite. Cela peut s'expliquer par le fait que les IADE utilisent depuis toujours leurs connaissances et compétences cliniques pour déduire un grand nombre d'informations du compte rendu de la consultation d'anesthésie mais également que bon nombre des échanges entre MAR et IADE restent encore de l'ordre de l'oral. Par l'absence de stratégie écrite et/ou de

prescription, les MAR reconnaissent donc implicitement des compétences d'analyse clinique aux IADE, compétences déjà reconnues par les référentiels de formation, de compétences et d'activités des IADE. En effet, les choix et les conditions de mises en œuvre de l'anesthésie sont principalement déduites après analyse des résultats de la consultation d'anesthésie réalisée par le MAR. Alors que la profession a œuvré à la réécriture de l'article 4311-12 en 2016-2017, il reste préoccupant que la notion de stratégie d'anesthésie n'est pas pu entrer dans les habitudes des équipes d'anesthésie. Il semble que le cadre réglementaire ne soit pas encore en adéquation avec les compétences développées par les IADE sur le terrain.

8.6. Phases d'induction anesthésique :



Constats et commentaires en bref :

En moyenne, 21 % des IADE pratiquent fréquemment (souvent/toujours) les inductions anesthésiques seuls, Parfois 37.13 %, Jamais 41,76 %). Les résultats concernant les IADE du secteur privé non lucratif se superposent à cette moyenne globale.

Si l'on y regarde de plus près, on met en évidence de grandes disparités de pratique autonome de l'induction par l'IADE seul selon l'employeur.

Au sein du secteur public, l'activité déclarée dans les grands hôpitaux (CHR, CHU) comparée à celle des petits établissements démontre que ces derniers pratiquent régulièrement les inductions seul.es pour 20 % d'entre eux contre 8 % en CH(R)U.

C'est dans le secteur privé lucratif que l'induction autonome est la plus fréquente, pratiquée régulièrement par les IADE salariés de cliniques de la FHP à 63.38 % (Souvent : 18.31 % et Toujours 45.07 %). Ces pratiques sont encore plus courantes concernant les IADE salariés par les Sociétés libérales de MAR (Souvent : 22 % ; Toujours : 54 %).

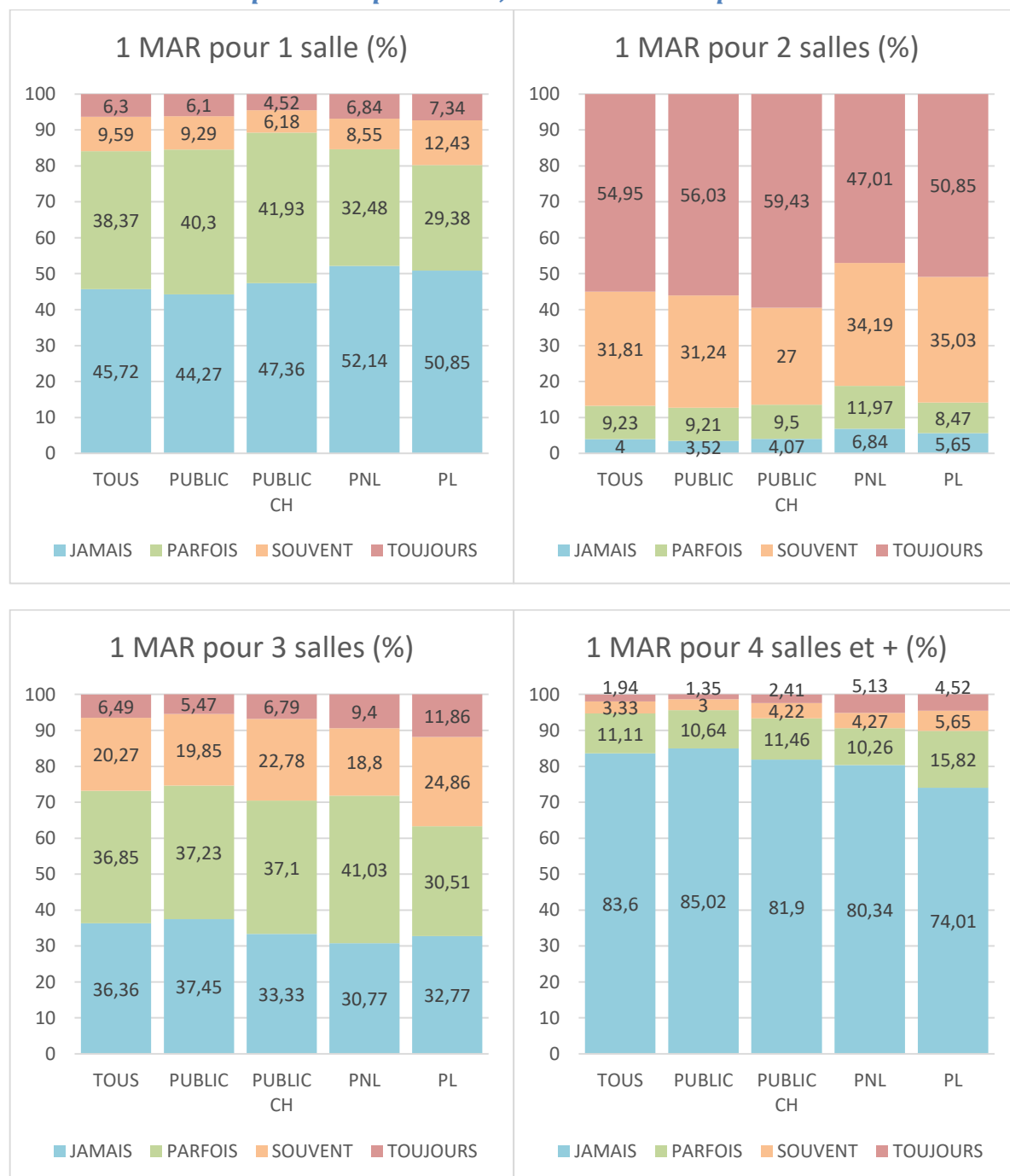
Le MAR est toujours présent sur le site (pouvant permettre d'intervenir rapidement) où sont réalisées les inductions dans 85.37 %, Souvent 12.87 %, Rarement 1.27 %, Jamais 0.04 %)

8.7.Intervention/Supervision par Médecin Anesthésiste Réanimateur :

Le médecin anesthésiste peut intervenir à tout moment dans 97,99 % des organisations mises en place.

Le MAR est toujours présent sur le site (pouvant lui permettre d'intervenir rapidement) pendant la phase d'entretien dans 85.14 % des déclarations.

Nombre de salles supervisées par 1 MAR, 1 IADE dans chaque salle

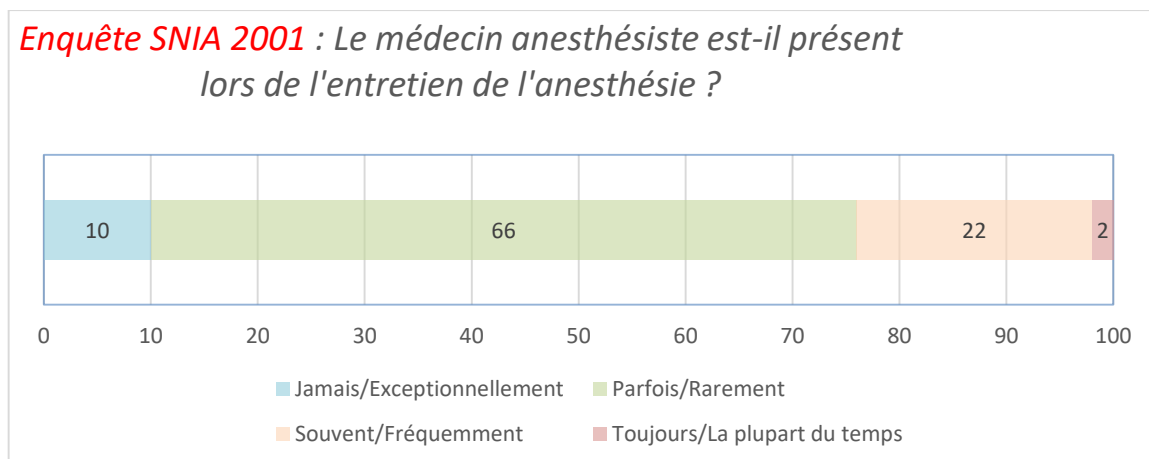
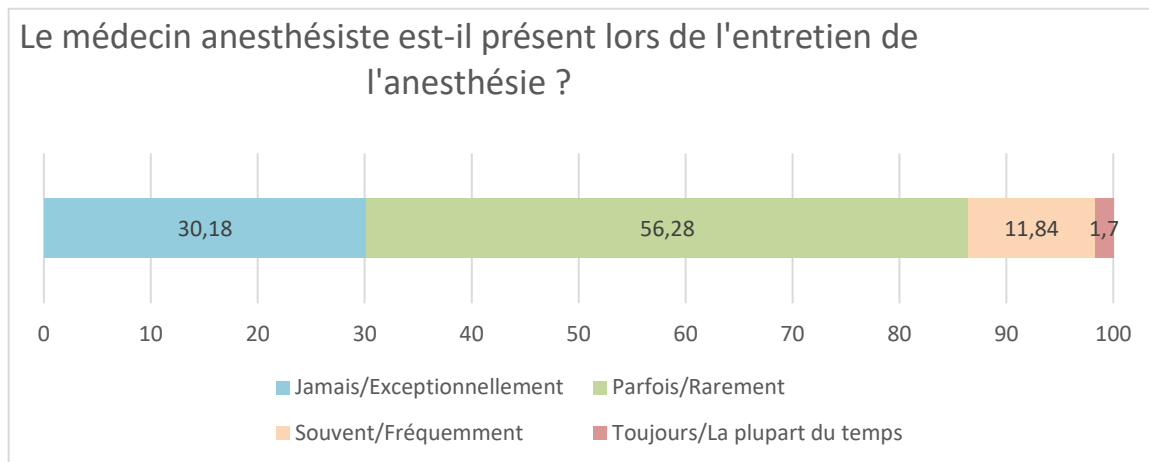


Constats en bref :

On constate que le nombre de salles supervisées par le MAR est sensiblement le même, quels que soient les établissements ou le type d'employeur. Le fonctionnement le plus courant reste la supervision de 2 salles par le MAR qui correspond aux préconisations de la société savante médicale. La supervision par le MAR de 3 salles est également répandue dans tous les types d'établissements. La supervision de 4 salles par le MAR reste peu répandue, mais plus souvent au sein du secteur privé.

Commentaires et interprétations :

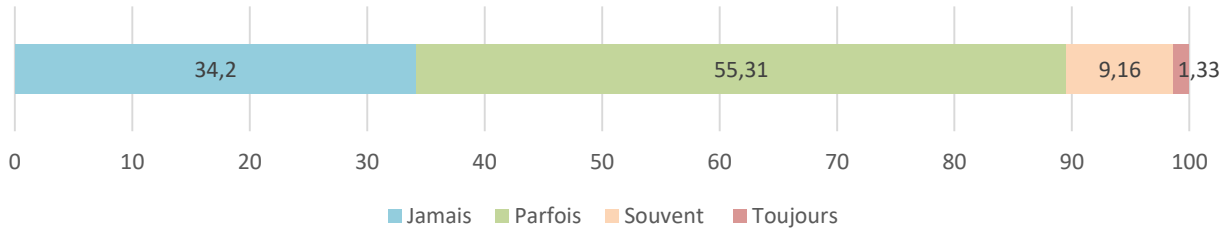
Avec la montée en puissance de la reconnaissance des compétences IADE dans la pratique de l'anesthésie depuis ces dernières années, on est en droit de se demander si les préconisations de 2 salles pour un MAR (un IADE dans chaque salle) ne devraient pas évoluer.

8.8.Phase d'entretien :*Interprétation :*

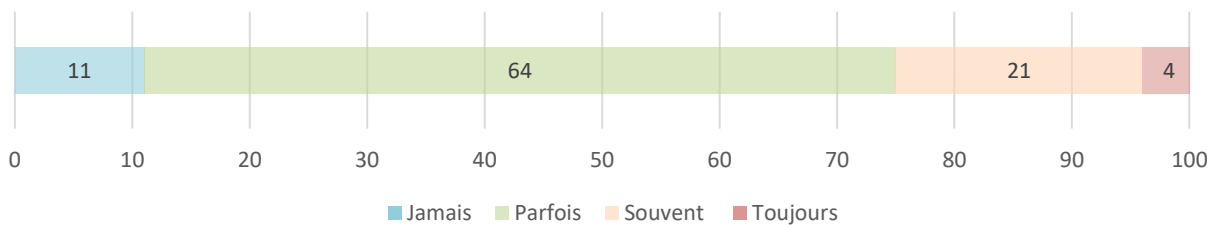
L'absence physique récurrente du MAR pointée dans ces résultats démontre indirectement l'autonomie de l'IADE pendant la phase per-opératoire dans la conduite de l'anesthésie et le maintien de l'homéostasie. Autonomie qui s'est clairement amplifiée depuis 2001.

8.9.Phase de Réveil :

Le médecin anesthésiste est-il présent lors du réveil anesthésique ?



Enquête SNIA 2001 : Le médecin anesthésiste est-il présent lors du réveil anesthésique ?



Interprétation :

Ces résultats démontrent l'autonomie dans la réversion anesthésique et le sevrage ventilatoire et hémodynamique. Autonomie qui s'est amplifiée depuis 2001.

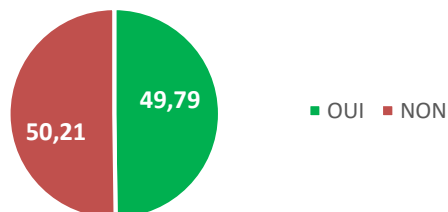
8.10. Anesthésie pédiatrique :

Dans 89.67 % des cas, les IADE n'induisent jamais seuls les enfants (8.94 % parfois), les recommandations d'induction à 4 mains sont globalement strictement respectées.

Les IADE pratiquant l'anesthésie pédiatrique déclarent à 79.81 % que la collaboration avec le MAR et sa supervision sont plus rapprochées qu'en secteur adulte, 18.8 % ne voient pas de différence et seulement 1.37 % déclarent une supervision moins rapprochée.

8.11. Anesthésie sans Opiïde :

Pratiquez-vous les techniques d'anesthésie sans opioïde ?



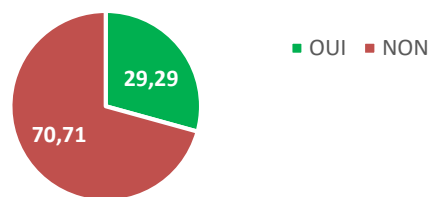
Commentaires et interprétations :

Près de la moitié des professionnels interrogés pratiquent les techniques d'anesthésie sans opioïde, technique en cours de généralisation dans notre pays. Cette donnée renseigne sur l'avancée de ce procédé prometteur au regard des exigences de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et de réhabilitation précoce dans le cadre du « virage ambulatoire ». Les IADE démontrent leurs capacités d'adaptation.

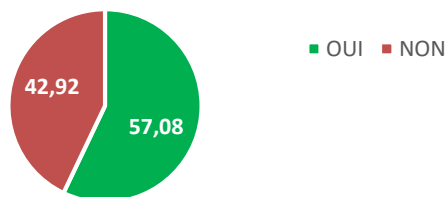
8.12. Activités de prélèvements et de greffes d'organes :

Questions posées aux seuls IADE du secteur public.

IADE de la Fonction Publique Hospitalière : Participez-vous à une activité de **greffe d'organes** ?



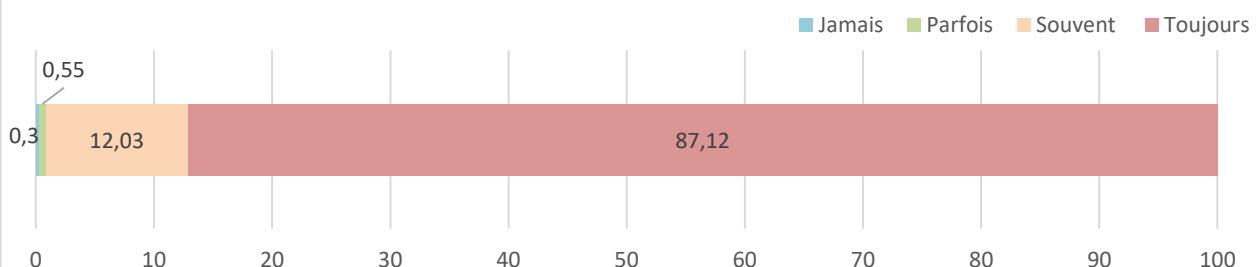
IADE de la Fonction Publique Hospitalière : Participez-vous à une activité de **prélèvement d'organes** ?



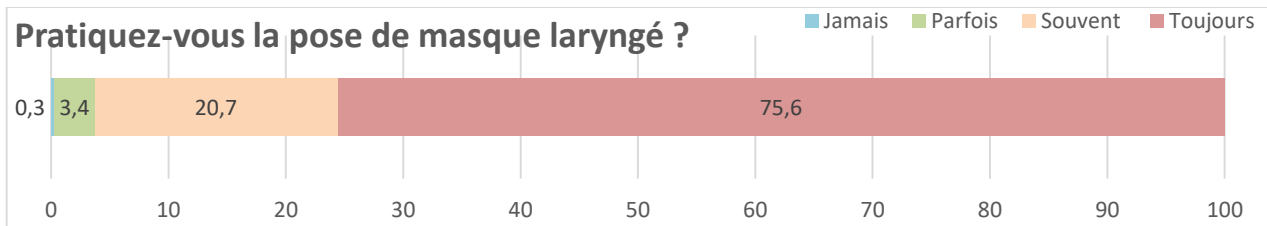
8.13. Abords ventilatoires :

8.13.1. Intubation endo-trachéale :

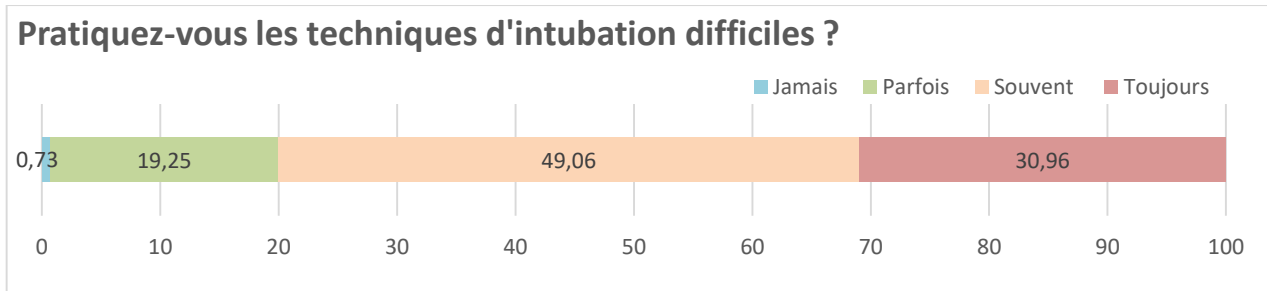
Pratiquez-vous l'intubation endo-trachéale ?



8.13.2. Dispositifs supra glottiques :

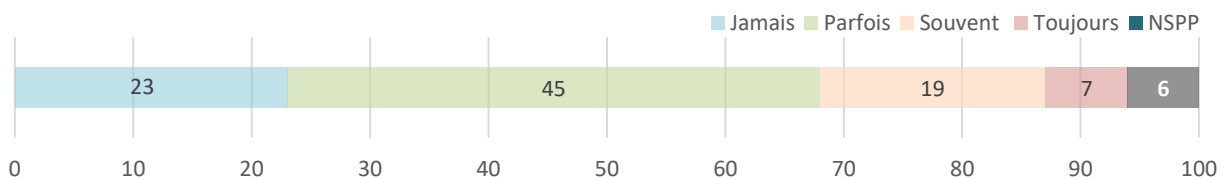


8.13.3. Techniques d'intubation difficile :

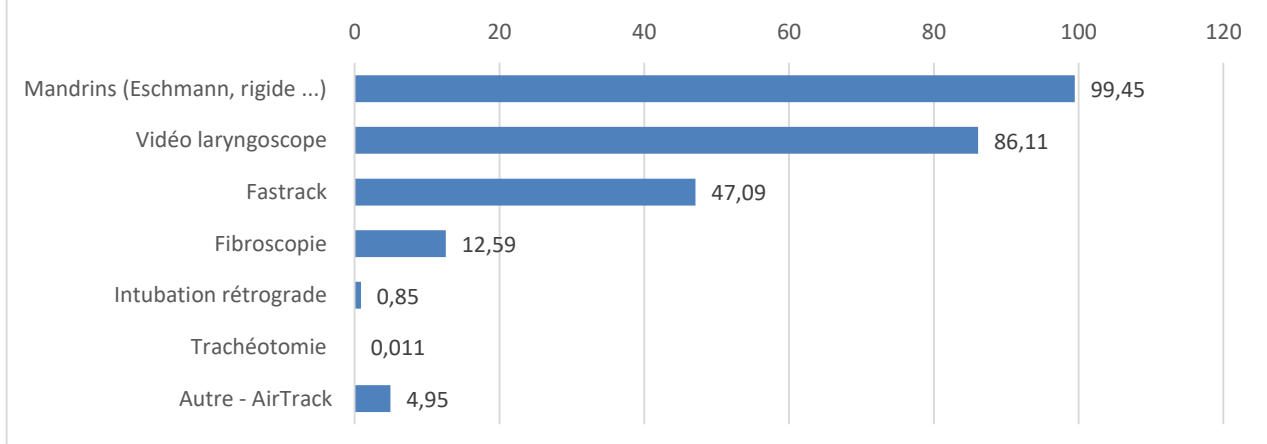


Enquête SNIA 2001 :

Pratiquez-vous les techniques d'intubation difficiles ?



Techniques d'intubation difficile fréquemment utilisées par les IADE :

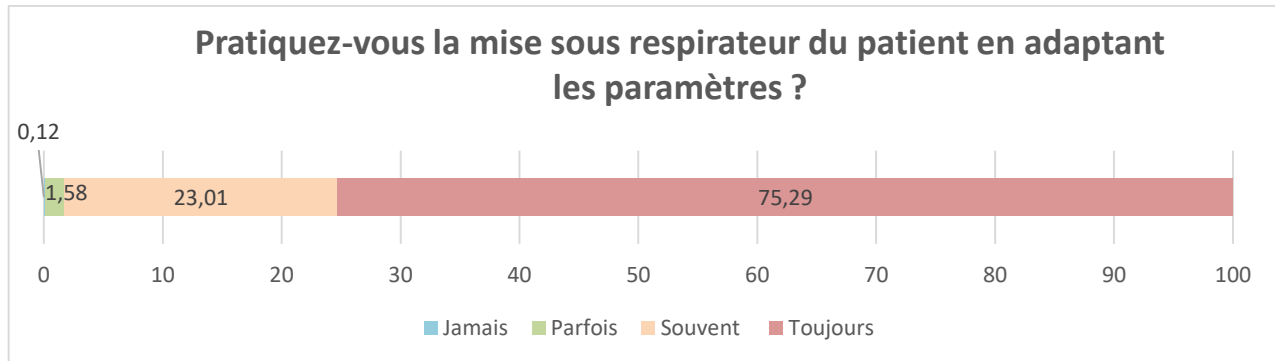


Constats en bref :

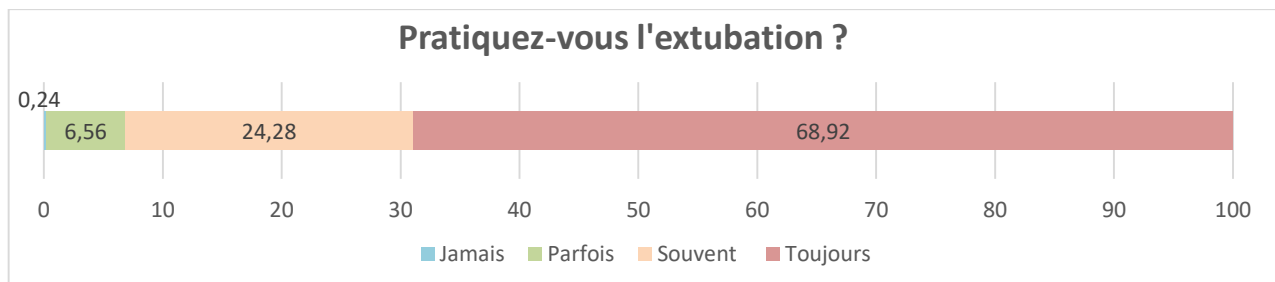
Les techniques de mandrinage et de vidéo-laryngoscopie sont les plus utilisées par l'IADE dans le cadre de l'intubation difficile. La fibroscopie n'est exercée que par 12,6 % des professionnels et la solution AirTrack par 5 %.

Commentaires et interprétations :

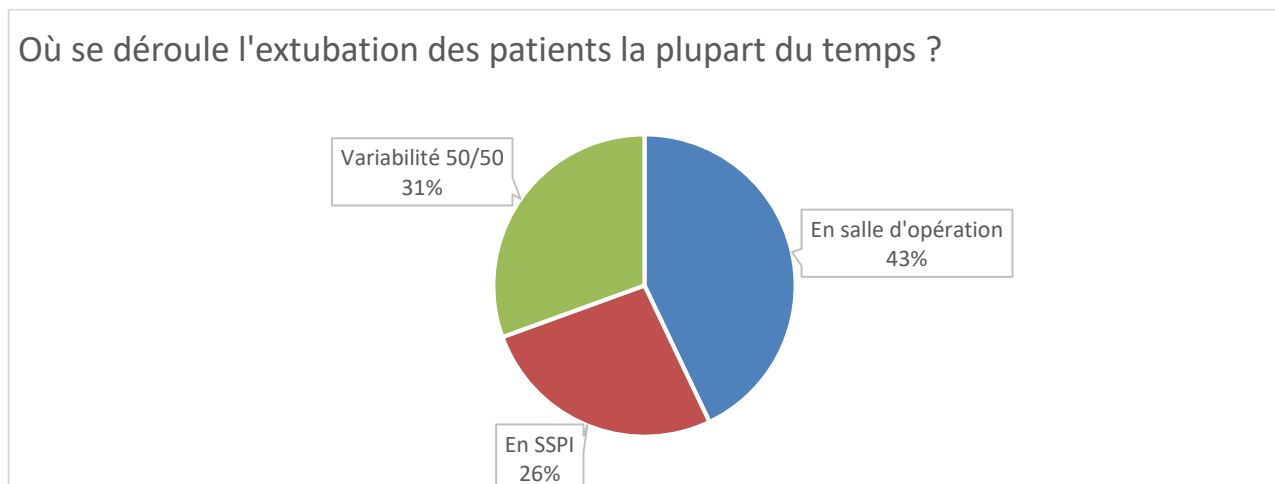
Ces données confirment la pratique quotidienne et l'expertise reconnue des IADE dans la gestion des voies aériennes supérieures. La comparaison avec les données de 2001 sur la pratique des techniques d'intubation difficile démontre clairement l'amplification de l'expertise IADE dans ce domaine, due notamment aux innovations techniques.

*Interprétation :*

Ces résultats confirment l'autonomie dans le réglage et l'adaptation des matériels de suppléance ventilatoire.

*Interprétation :*

Ces résultats confirment l'autonomie IADE dans la réversion et le sevrage ventilatoire des patients.

*Constats en bref :*

On note qu'une proportion conséquente des patients semble être extubée directement en salle d'intervention (43 % et variabilité 50/50 pour 30 % contre un pourcentage d'extubation en SSPI de 26,5 %).

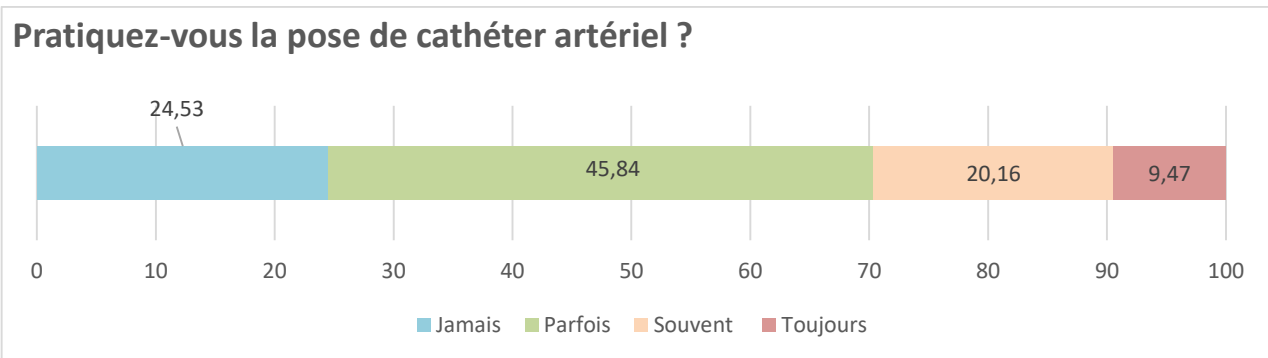
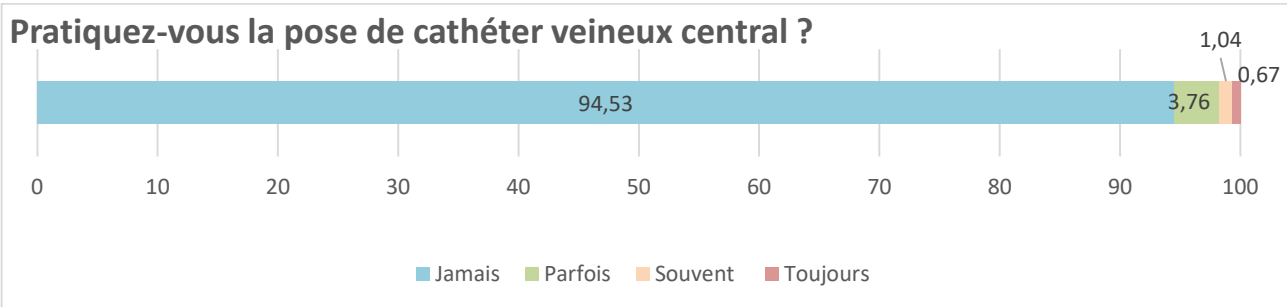
Commentaires et interprétations :

Ces extubations dites « sur table » indiquent l'effort conséquent des professionnels dans l'anticipation des réversions médicamenteuses et physiologique qui permettent notamment de modérer la charge de travail des SSPI.

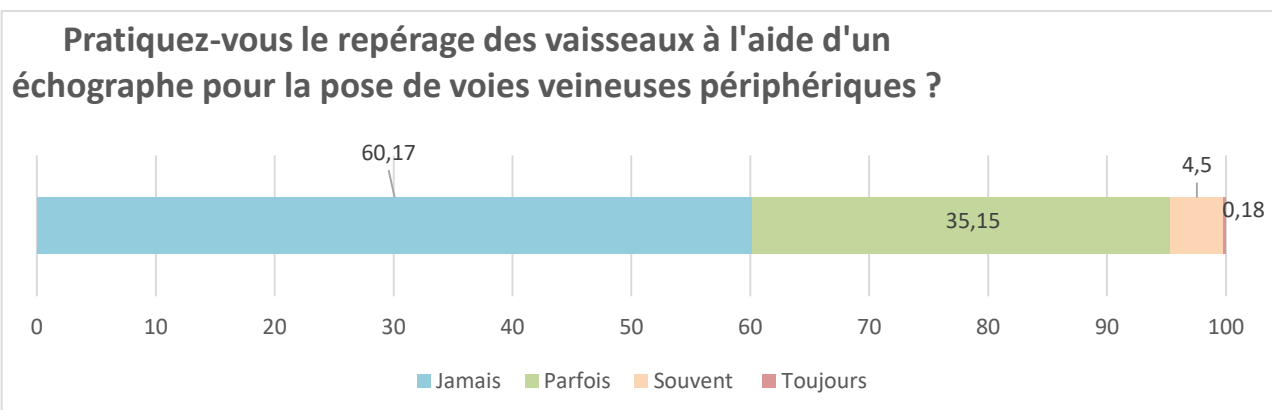
Les réponses démontrent et confirment la pratique quotidienne et la maîtrise de l'ensemble des techniques médicales de gestion des voies aériennes supérieures et de maintien de l'hémostase exercées par les IADE.

8.14. Abords Vasculaires :

8.14.1. Abords veineux centraux et cathétérisme artériel :

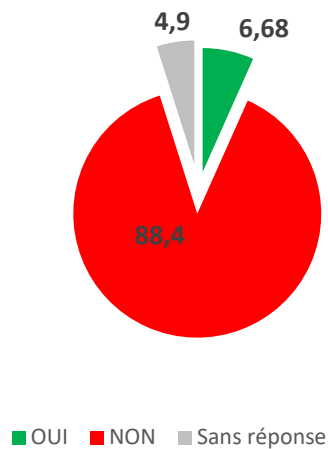


8.14.2. Échographie pour pose d'abords veineux périphériques :



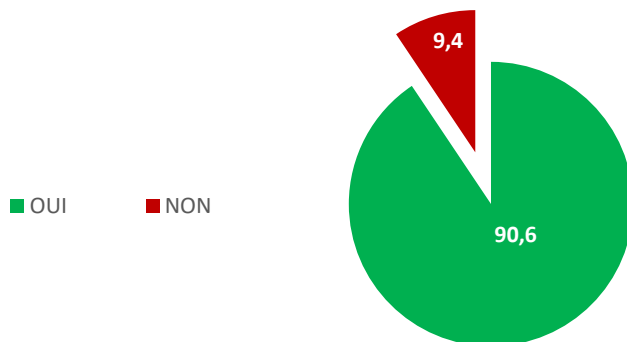
8.14.3. Dispositifs Midlines

Pratiquez-vous la pose de dispositif MidLine sous ponction échoguidée ?



8.14.4. Expertise pour abords veineux périphériques difficiles :

Vous arrive-t-il d'aller poser des abords veineux périphériques dans les secteurs d'hospitalisation à la demande des services ?



Cette activité de pose d'abords veineux périphériques en dehors de votre secteur est-elle tracée ?



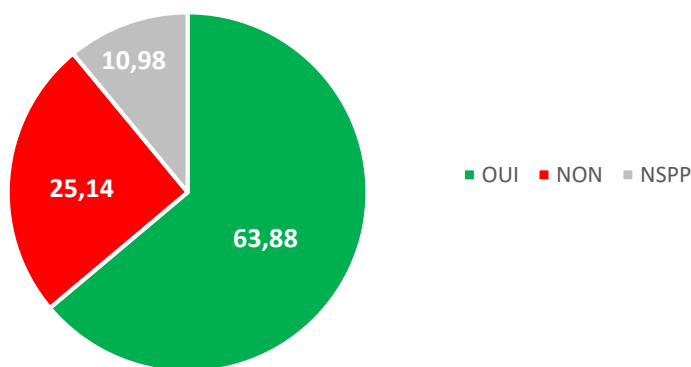
Constat et Commentaires en bref :

Une écrasante majorité d'IADE (>90 %) déclare sortir de leur unité afin de perfuser des patients « difficiles » à la demande des services d'hospitalisation.

Cette activité experte dans les abords veineux périphériques n'est certainement tracée que dans 34,31 % des cas.

QUESTION D'OPINION : pose de VVC par l'IADE

Seriez-vous favorable à ce que certains actes techniques soient (ré)intégrés dans la formation/pratique puis ajoutés au champ d'action des IADE ? [Pose d'abords vasculaires centraux ?]

*Commentaires et interprétations :*

La pose d'abords veineux centraux est devenue très marginale chez les IADE (5,47 %). Depuis 2001, où ils étaient près de 19 % à déclarer pratiquer ces techniques (Jamais 78 %, Parfois 15 %, Souvent 2 %, Toujours 2 %), l'avènement de la tarification à l'activité a très certainement joué en défaveur d'une pose par ces personnels paramédicaux...

Les cathéters artériels sont fréquemment posés (Souvent/toujours) par 30 % des IADE. Notons que la pose d'abords artériels ne concerne que certaines chirurgies majeures et/ou sur des patients aux antécédents cardiaques avérés, ceci pouvant expliquer ce taux relativement faible pour une activité totalement autorisée pour les IADE.

Une majorité d'IADE (64 %) serait favorable à ce que la pose d'abords vasculaires centraux soit une technique (ré-)intégrée dans leur activité/formation.

L'activité de poses d'abords veineux périphériques difficiles par les IADE en dehors de leurs secteurs n'avait jamais été quantifiée. On note que cette activité est extrêmement répandue, mais très peu cotée ni valorisée.

Toutes ces données sont en faveur d'une reconnaissance de l'expertise IADE dans la pose d'abords vasculaires qui ne demande qu'à s'amplifier. L'essor de nouveaux matériels (Midlines/PiccLines) et la participation effective des IADE aux protocoles de coopération pour la pose de VVC illustre la nécessité de faire évoluer la réglementation et permettre la modification de l'arrêté de formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier.e-anesthésiste sur ces pratiques.

8.15. Anesthésie loco-régionale :

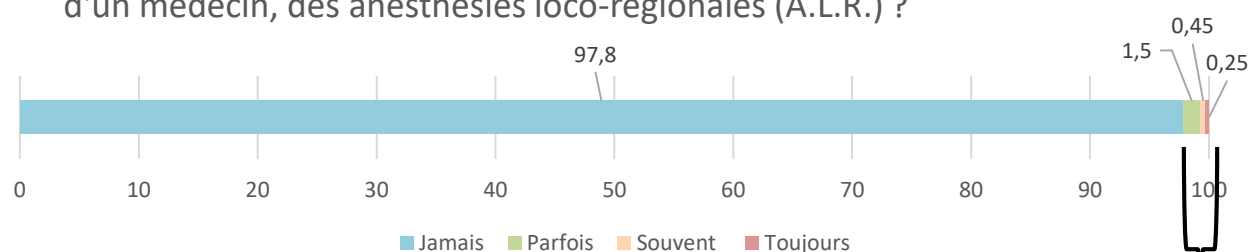
8.15.1. Participation aux techniques :

Participez-vous aux anesthésies loco-régionales (A.L.R.) réalisées par un médecin ?

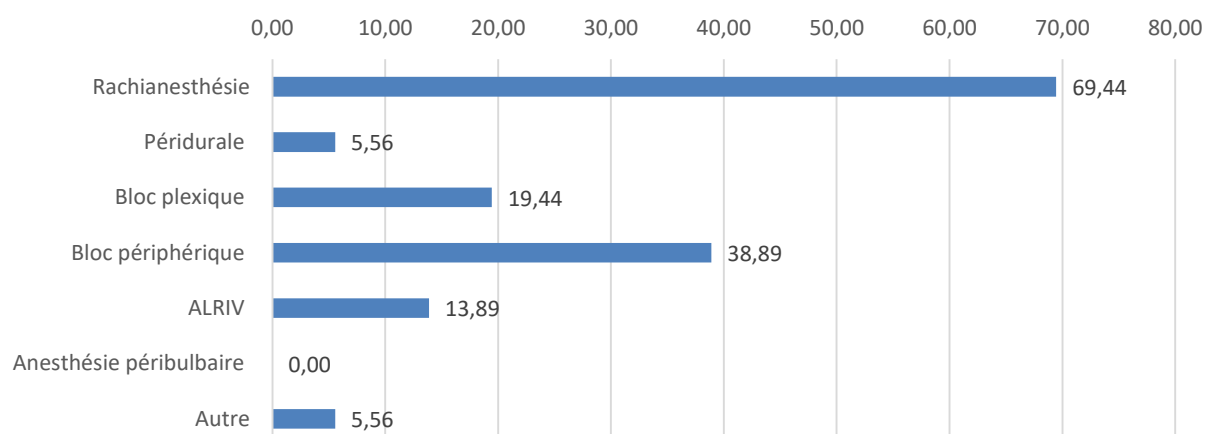


8.15.2. Pratique des techniques :

Pratiquez-vous, vous-mêmes, sous la direction (ou encadrement) d'un médecin, des anesthésies loco-régionales (A.L.R.) ?

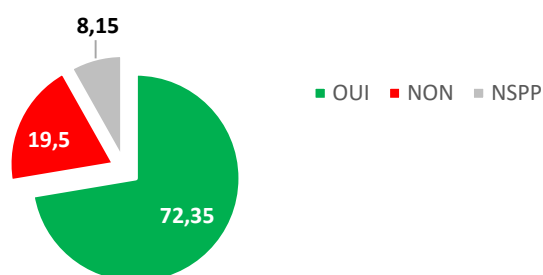


Si oui, lesquelles ?



QUESTION D'OPINION : Réalisation d'ALR par l'IADE

Seriez-vous favorable à ce que certains actes techniques soient (ré)intégrés dans la formation/pratique puis ajouté au champ d'action des IADE ?
[Réalisation de certaines techniques d'anesthésie loco-régionale ?]

**Constats en bref :**

Une majorité d'IADE (79 %) participe avec le MAR aux anesthésies loco-régionales.

La pratique autonome par l'IADE des techniques d'ALR reste très confidentielle (< à 3 %).

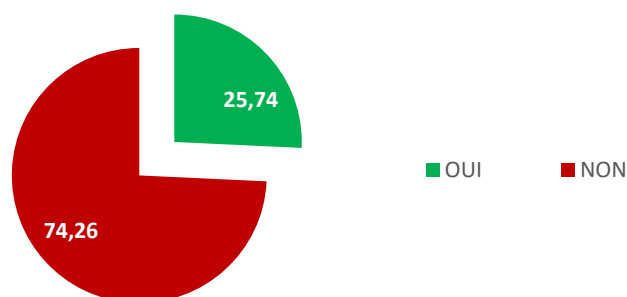
On note qu'une majorité d'IADE (72,34 %) serait favorable à ce que des techniques d'ALR soient totalement intégrées dans leur activité/formation.

Commentaire :

Comme sur les abords veineux centraux, nous appelons de nos vœux à l'enrichissement de nos référentiels de formation, de compétences et d'activités dans le domaine de l'anesthésie loco-régionale.

8.16. Salle de Soins Post-Interventionnelle (SSPI) :

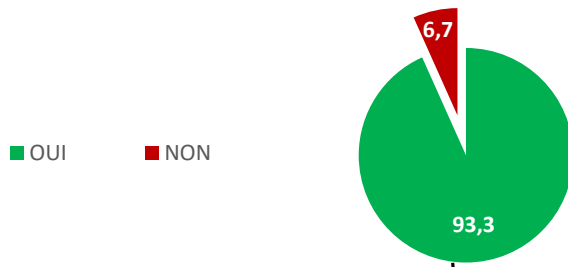
Un médecin anesthésiste-réanimateur est-il clairement identifié comme responsable de la SSPI ?

**Constat en bref :**

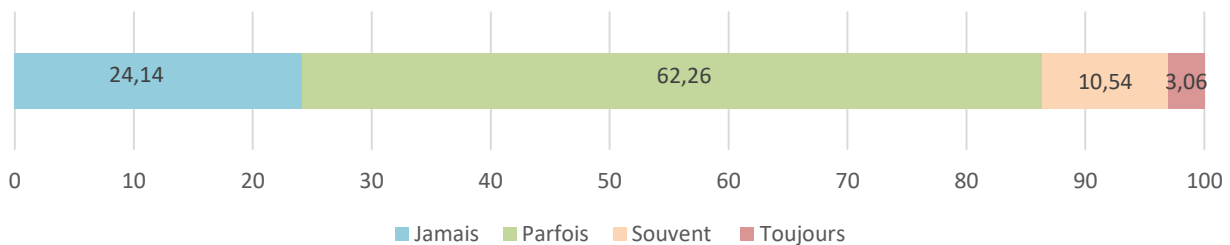
Dans 75 % des réponses, aucun médecin n'est identifié comme responsable de la SSPI.

8.16.1. Extubations en SSPI

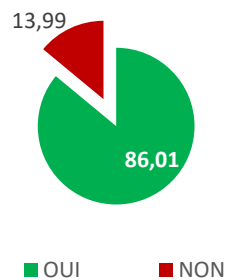
En Salle de Surveillance Post-Interventionnelle, pratique-t-on l'extubation ?



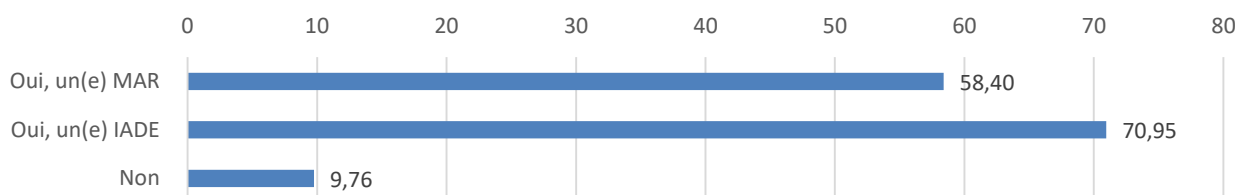
Si oui, le MAR est-il présent ?



Arrive-t-il que les patient(e)s soient extubé(e)s par un(e) IDE en SSPI ?



Lors de l'extubation d'un(e) patient(e) par un(e) IDE, un(e) anesthésiste (MAR ou IADE) est-il/elle disponible immédiatement en cas de réintubation ?

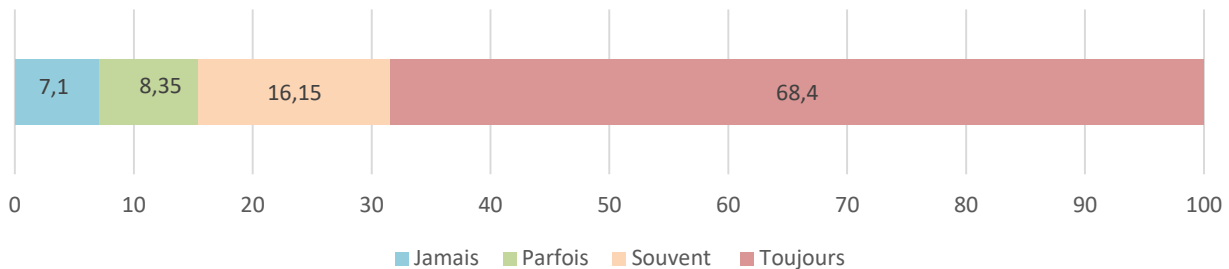


Constat en bref :

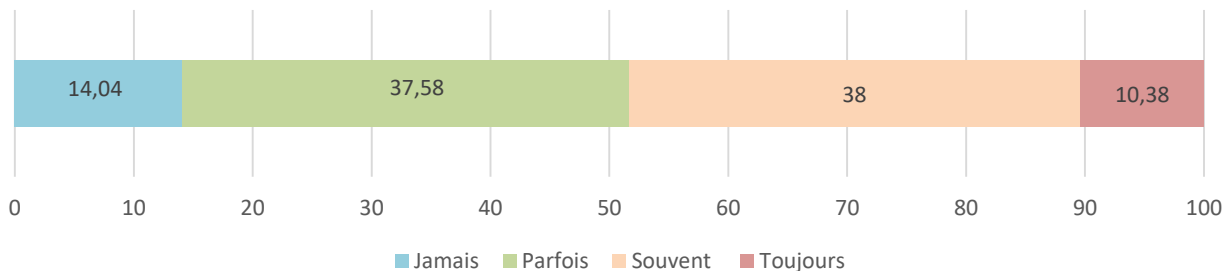
L'extubation des patients en SSPI est une pratique courante (93 %), le MAR n'est jamais ou parfois présent dans 86,4 % au moment de cet acte.

L'extubation des patients est une pratique courante des IDE de SSPI (86,01 %). En cas de la survenue d'un incident au décours de cette phase, il apparaît que l'IADE (71 %) est la personne ressource la plus disponible pour pallier au problème.

Dans votre service, la décision de sortie de SSPI est-elle signée par le MAR ?



Dans votre service, la signature de sortie de SSPI est-elle réalisée à l'avance (ante horodatée) ?

*Constat en bref :*

Il apparaît que la décision de sortie de SSPI est toujours signée par le MAR dans 68,4 % des cas, mais que cette signature est souvent ante horodatée dans 38 % des cas et toujours dans 10,4 %.

Commentaire et interprétation :

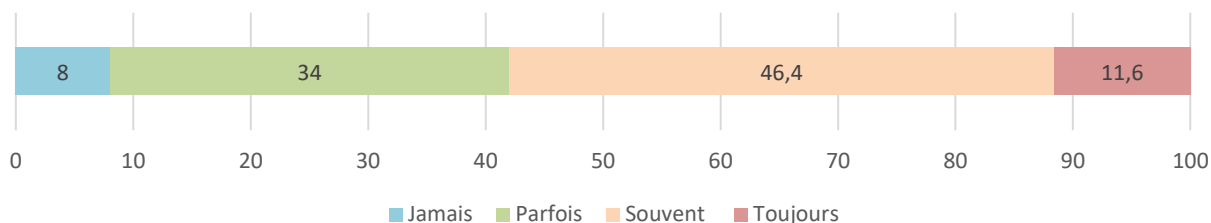
Cette pratique fréquente d'ante horodatage est utilisée pour tenter de se mettre en conformité avec les textes législatifs en vigueur⁷ et démontre que l'évaluation finale repose sur l'expertise des paramédicaux de SSPI.

⁷ Article D. 712-49 du Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie

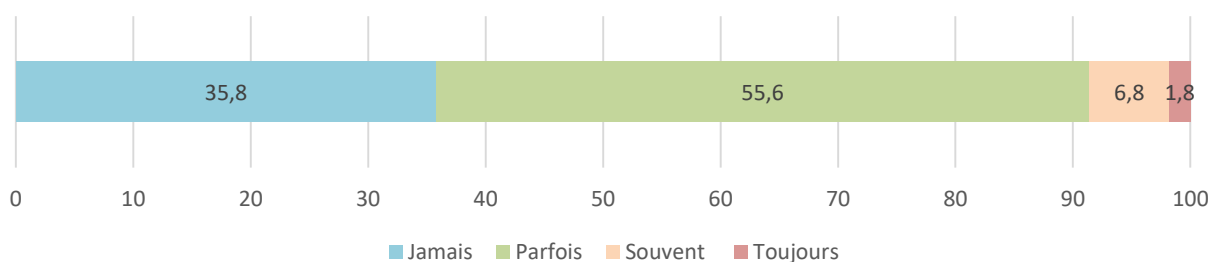
8.16.2. IADE en salle de soins post-interventionnelle – SSPI

(940 /1703 soit 55,2 % des IADE sondés)

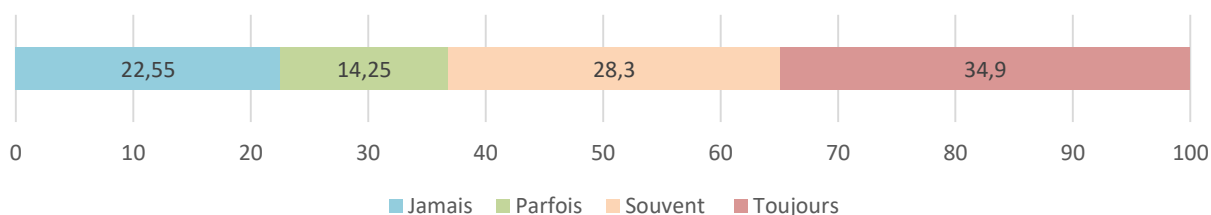
En SSPI, vous arrive t-il d'administrer des médicaments ou d'effectuer des actes sans prescription médicale initiale (écrite ou orale) ? (ex: traitement de la douleur, NVPO, maintien de l'équilibre hydro-électrolytique, ...)



En SSPI, un(e) médecin anesthésiste réanimateur est-il (elle) présent(e) au moment de l'extubation des patient(e)s ?



En SSPI, êtes-vous décideur "in fine" de la sortie de SSPI ?



Constats en bref :

92 % des IADE travaillant en SSPI déclarent administrer des médicaments et effectuer des actes sans prescription initiale (Souvent : 46.4 %, Toujours 11.6 %, Parfois 34 % et Jamais 8 %).

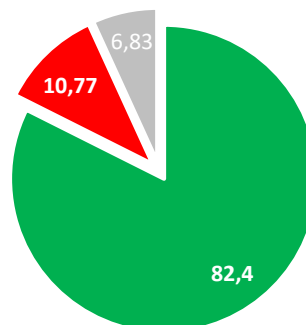
En SSPI le MAR n'est jamais ou rarement présent à l'extubation des patients dans 91 % des déclarations (Jamais : 35.8 %, Parfois : 55.6 %, Souvent : 6.8 %, Toujours : 1.8 %). Comparativement aux réponses précédentes sur ce sujet, il apparaît que le MAR est encore moins présent au moment de l'extubation lorsque des IADE sont postés en SSPI.

63,2 % des IADE travaillant en SSPI déclarent être fréquemment ou systématiquement décideurs in fine de la sortie de SSPI des patients (Souvent : 28.3 %, Toujours : 34.9 %) Parfois : 14.25 %, Jamais : 22.55 %.

QUESTION D'OPINION : Validation de sortie de SSPI par l'IADE

Pensez-vous avoir les connaissances et compétences nécessaires pour :
[Valider les sorties des patients de Salle de Soins Post-Interventionnelles (SSPI)]

■ OUI ■ NON ■ NSPP

**Commentaires et interprétation :**

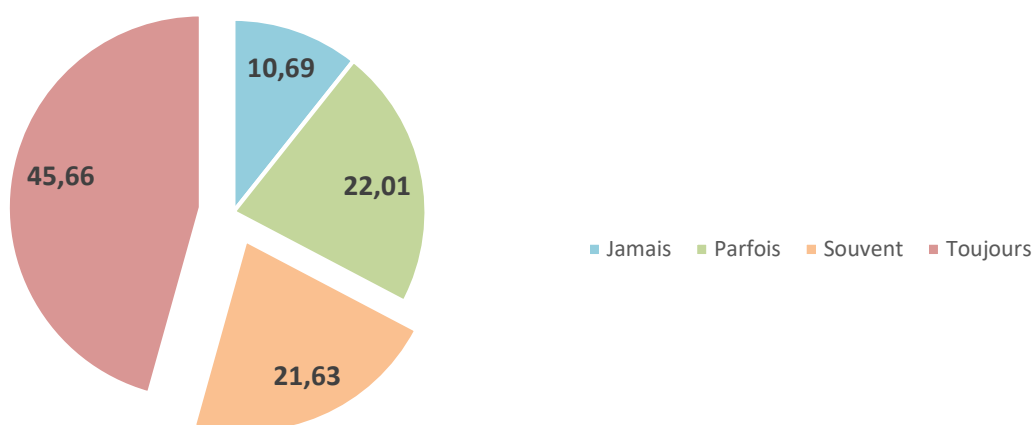
L'administration de thérapeutiques et la réalisation d'actes sans prescription apparaît être le quotidien de nombreux IADE en SSPI. Il semble naturel pour ces personnels autorisés à pratiquer en autonomie l'anesthésie en salle d'intervention de continuer à exercer leurs compétences en post-opératoire (Analgésie, corrections des effets secondaires liés à l'anesthésie, maintien de l'hémodynamie et de l'hématose...).

Les IADE estiment à juste titre (puisque cette pratique est factuelle) qu'ils/elles possèdent les compétences nécessaires pour valider les sorties de SSPI des patients opérés. Il reste la législation à faire modifier et enfin reconnaître cette responsabilité exclusive à l'IADE.

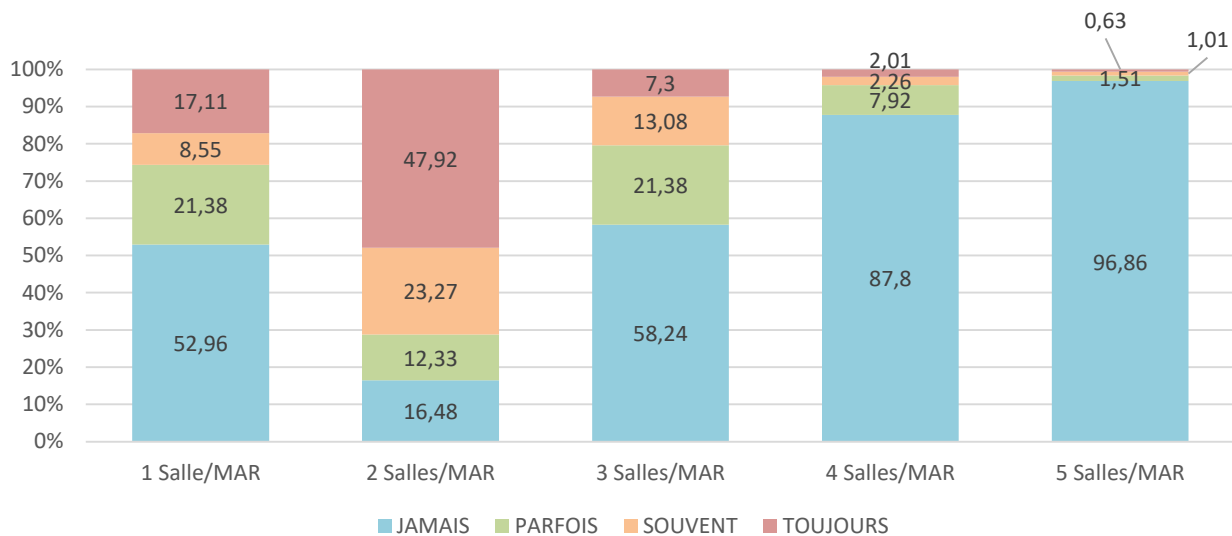
8.17. IADE en secteur d'Endoscopie :

(795 /1703 soit 46,68 % des IADE sondés) :

En Endoscopie, effectuez-vous les induction en autonomie ?



En secteur d'endoscopie, combien de salles sont-elles supervisées par le MAR ?



Constat en bref :

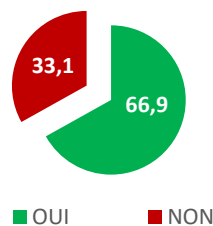
67 % des IADE exerçant en secteur d'endoscopie déclarent effectuer fréquemment les inductions seul.e.s. (Toujours : 45.66 %, Souvent 21.63 %, Parfois : 22.01 %, Jamais 10.69 %). La supervision médicale des salles d'endoscopie ne semble pas différer des autres secteurs opératoires, c'est le fonctionnement de 2 salles pour un MAR qui est le plus répandu. On note que le fonctionnement sur trois salles est fréquemment mis en place pour près de 20 % des répondants.

Commentaire et interprétation :

Au regard des autres données de cette enquête, le plateau technique d'endoscopie semble être un lieu où l'autonomie de pratique de l'anesthésie par l'IADE s'exprime le plus. Malgré le fait que l'endoscopie digestive et pulmonaire soit une activité où l'anesthésie doit être des plus fine (injecter les justes doses pour un maintien de la ventilation spontanée et une réversibilité rapide) et où les enchainements sont les plus rapides au regard des programmes, on remarque que les IADE remplissent pleinement leur rôle. La très faible sinistralité tend à démontrer que ce mode de fonctionnement se déroule sans préjudice pour le patient.

8.18. Anesthésie topique :

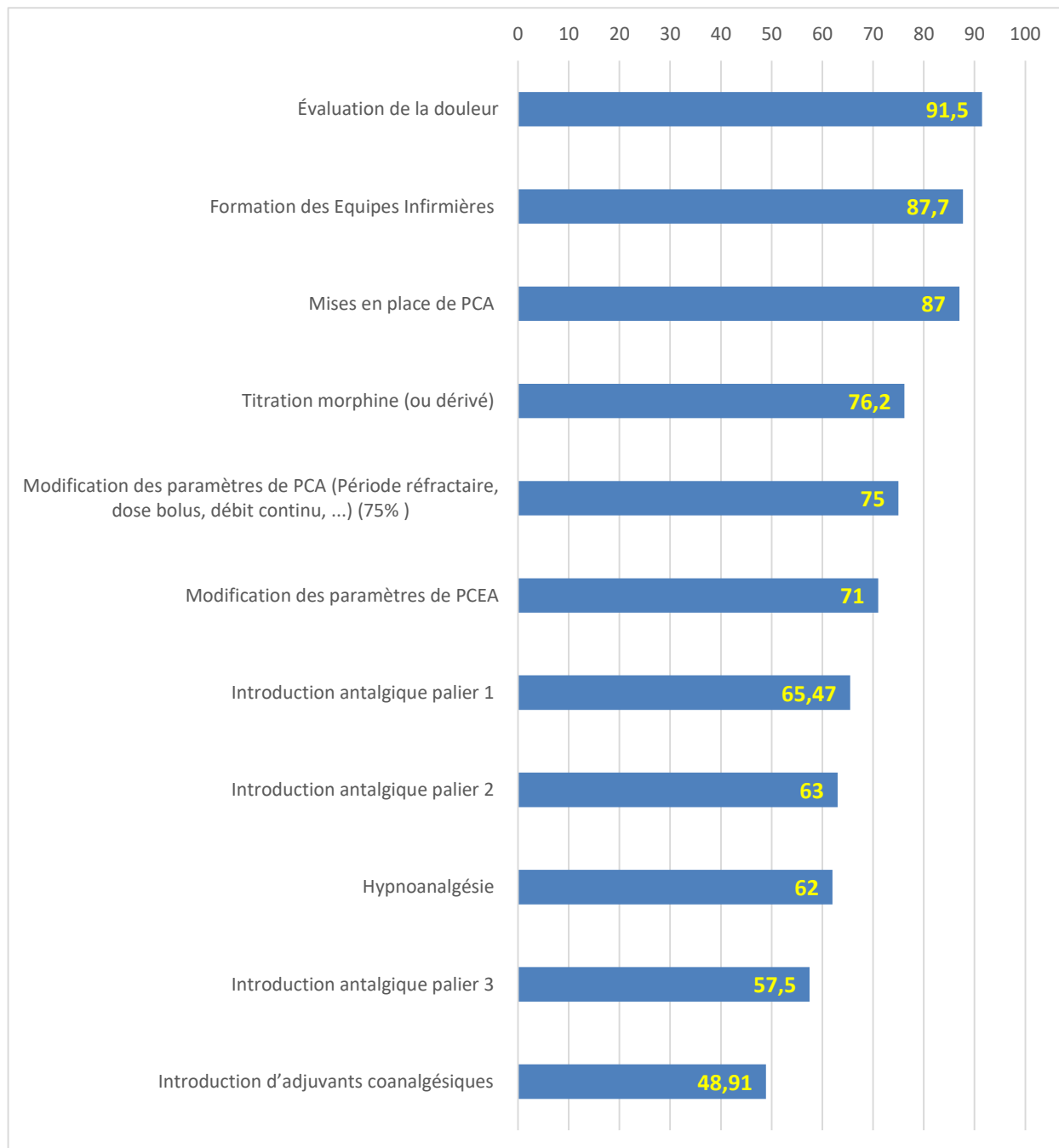
Vous demande-t-on de surveiller un patient ayant une anesthésie locale ou topique ?



8.19. Gestion de la douleur post-opératoire :

Une organisation mise en place pour la gestion de la douleur post opératoire en service d'hospitalisation est effective sur les lieux d'exercice de 52 % des IADE sondés (Non pour 38 %, 10 % NSPP).

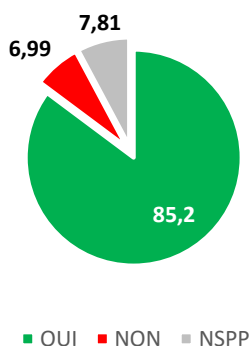
L'IADE participe dans 39 % des déclarations à ces organisations ou prestation transversale de gestion de la douleur post-opératoire. Les prérogatives de ces « IADE douleur » ont été recherchées : *De quelle(s) manière(s) les IADE participant-ils/elles à cette organisation de la prise en charge de la douleur post-opératoire dans les services d'hospitalisation ?* (%)



QUESTIONS D'OPINION Prescription/utilisation professionnelle de médicaments

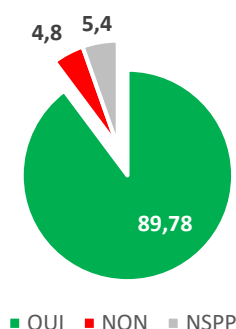
Pensez-vous avoir les connaissances et compétences nécessaires
pour :

[Prescrire et/ou administrer des médicaments à visée antalgique
aux patients en toute sécurité]



Pensez-vous avoir les connaissances et compétences nécessaires
pour :

[Prescrire et/ou administrer des médicaments à visée anti-émétiques
aux patients en toute sécurité]

**Constats en bref :**

Une écrasante majorité d'IADE estime avoir les connaissances suffisantes pour prescrire et administrer des médicaments notamment à visée antalgique ou antiémétique. Nous avons également vu dans la partie « IADE en SSPI » que les professionnels déclarent déjà administrer et/ou réaliser des soins sans prescription médicale initiale.

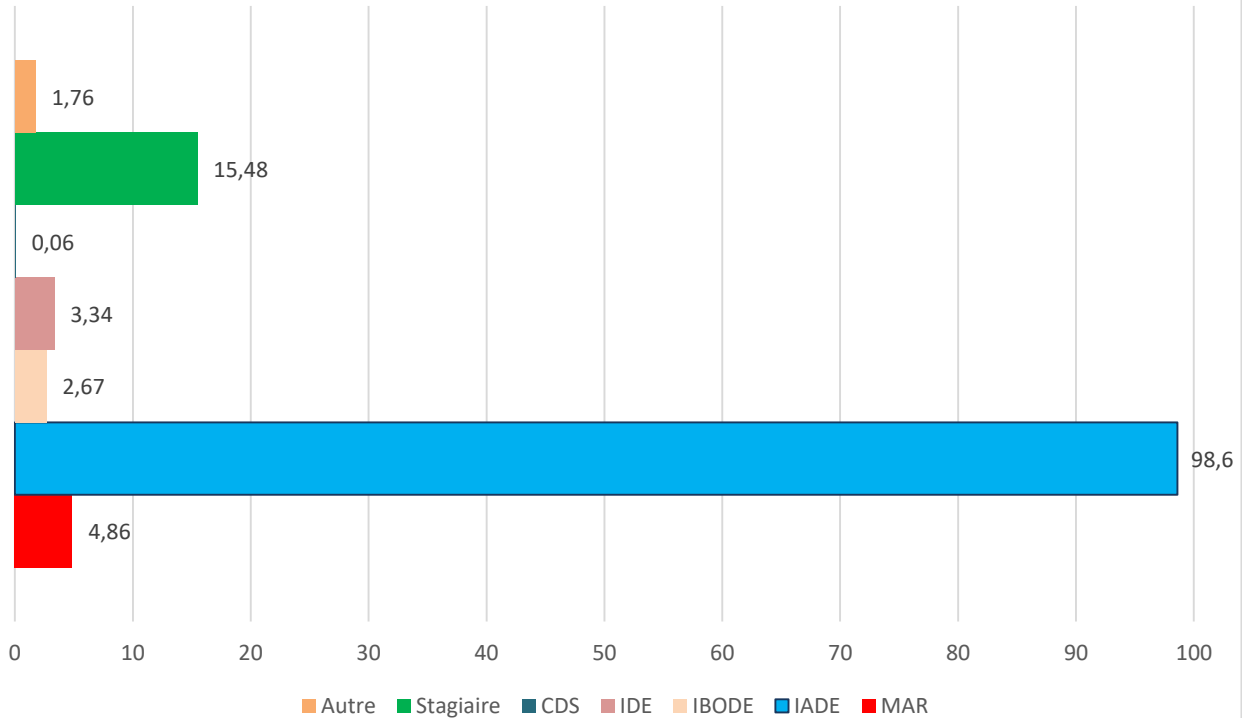
Commentaires et interprétations :

Ces résultats étaient attendus tant ces compétences sont évidentes chez des personnels effectuant déjà ces actes en peropératoire sans prescription formelle. Il apparaît urgent pour sécuriser les pratiques, de faire reconnaître ce droit de prescription limité (ou d'utilisation professionnelle) déjà inscrit dans le référentiel, mais qui n'est ni effectif ni légalisé malgré le fait que la « poursuite de la réanimation per-opératoire » en SSPI figure dans le texte de loi régissant la pratique IADE⁸. Droit de prescription limité déjà détenu par les sages-femmes anesthésistes.

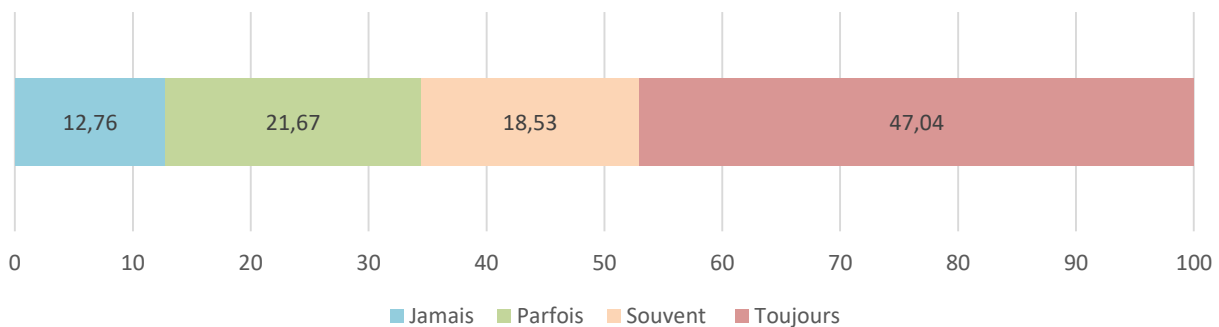
⁸ Article R4311-12 du Code de la santé publique

9. MATERIOVIGILANCE, SÉCURITÉ ANESTHÉSIQUE et PROCÉDURES

Qui assure la vérification du bon état et du bon fonctionnement de l'équipement d'anesthésie lors de l'ouverture de salle ?



Si vous assurez la vérification du bon état et du bon fonctionnement de l'équipement d'anesthésie lors de l'ouverture de salle, le faites-vous entre chaque patient ?

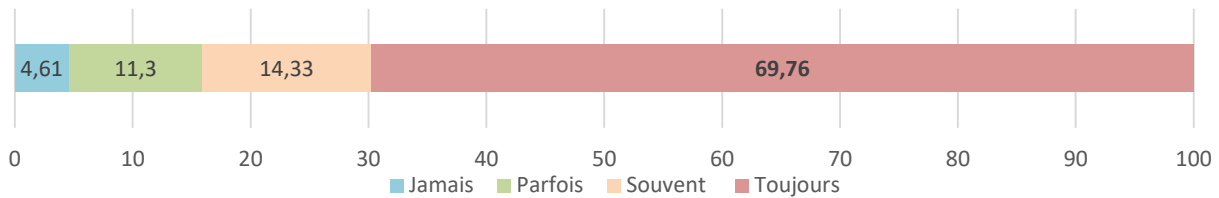


Commentaires et interprétations :

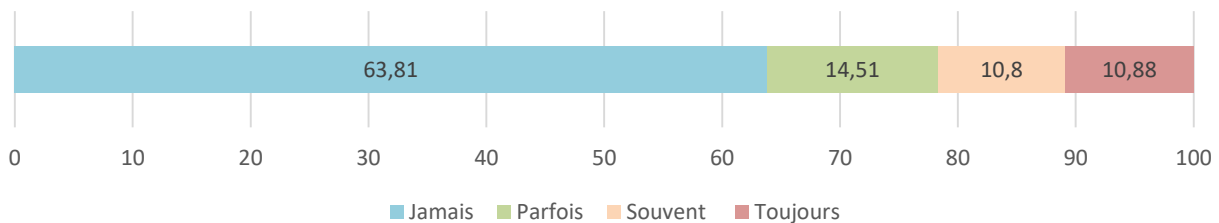
L'IADE apparaît toujours comme le professionnel garant de la sécurité anesthésique notamment via la vérification quotidienne des matériels et de leur bon fonctionnement. Rappelons que la Check-list HAS stipule bien que la vérification du matériel nécessaire à l'anesthésie doit être effectuée par un personnel qualifié en anesthésie (excluant donc tout autre « paramédical »).

9.1. Activités support et réassort :

Assurez-vous la maintenance (de 1er niveau) de l'équipement d'anesthésie et l'approvisionnement quotidien du matériel d'anesthésie-réanimation ?



Pour cette activité de maintenance de 1er niveau de l'équipement d'anesthésie et l'approvisionnement quotidien du matériel, disposez-vous de la participation d'un aide-soignant ou d'un agent ?



Constats en bref :

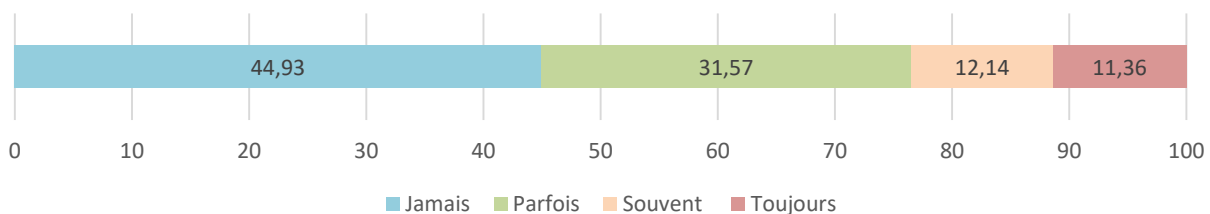
L'activité logistique de réassort en matériel des salles d'interventions reste dévolue en majorité aux professionnels IADE. Seuls 21,7 % des IADE sont assistés dans ce rôle par un agent (AS ou ASH)

Commentaires et interprétations :

Ces activités pourraient, si on souhaite libérer du temps clinique pour la pratique de l'anesthésie, être déléguées à du personnel logistique.

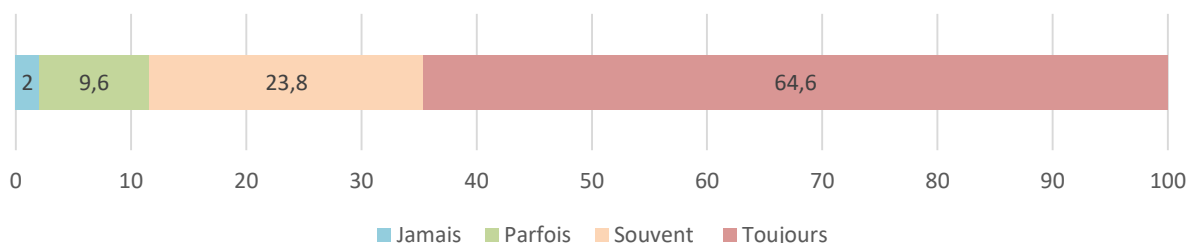
9.2. Feuille d'Ouverture de Salle d'Opération (FOSO) :

Le registre de ces vérifications (FOSO) est-il signé par le médecin anesthésiste-réanimateur ?



9.3. Check-list HAS :

La check-list pré-opératoire "Sécurité du patient au bloc opératoire" de la Haute Autorité de Santé (HAS) est-elle réalisée ?



Constats en bref :

La FOSO est toujours signée par le MAR dans seulement 11,36 % des cas et jamais dans 45 %.

La check-list HAS est toujours réalisée dans 64,6 % des cas et jamais dans 2 %

Commentaires et interprétations :

Il semble que la mise en place de la check-list HAS comme pratique exigible prioritaire depuis 2010⁹ tend à supplanter la FOSO concernant la traçabilité de la bonne préparation de l'intervention chirurgicale. Il est à signaler que cette check-list ne comprend pas tous les items de la FOSO et que cette dernière reste exigible au regard de la législation¹⁰.

9.4. Déclaration de survenue d'évènement indésirable (EI) :

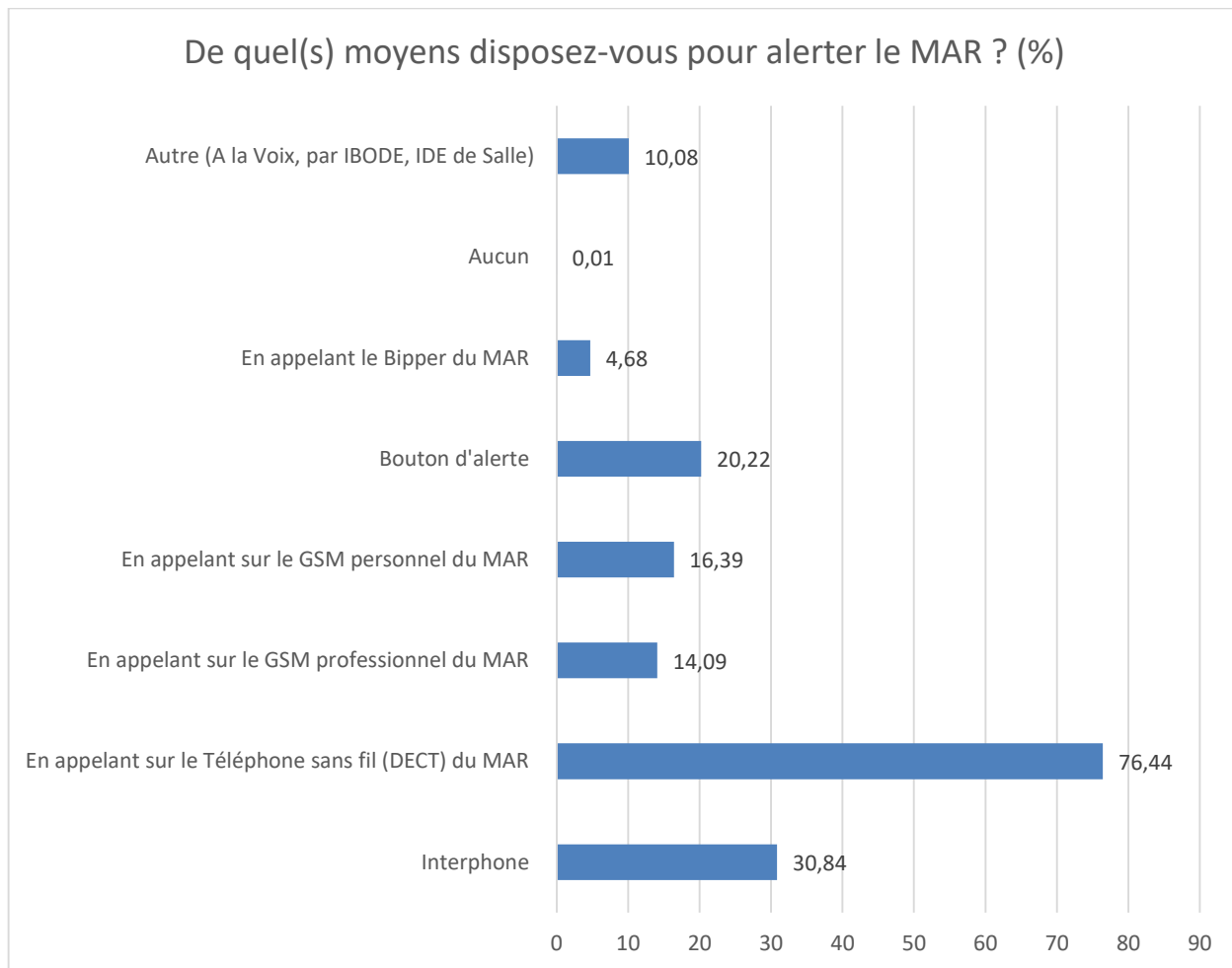
Lors de la survenue d'un évènement indésirable, assurez-vous une déclaration institutionnelle (informatique ou papier) ?



⁹ Check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

¹⁰ Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique

9.5.Moyens d'alerte du MAR en Per-opérateur :



Constat en bref :

Le moyen d'alerte du MAR le plus répandu en cas de basculement dans un état pathologique du patient est le téléphone sans fil (DECT) (76,5 %). Il est de plus pointé que le MAR n'est à portée directe de voix que dans seulement 10 % des réponses et par le biais d'un interphone dans 31 % des cas. La mise en place de bouton d'alerte représente 20 % des réponses.

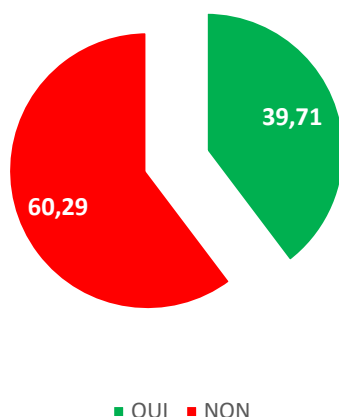
Commentaires et interprétations :

Le moyen d'alerte le plus répandu impliquant la composition d'un numéro et l'attente de la réponse du MAR démontre clairement que l'intervention du MAR en cas de problème ne peut être immédiate. La mise en place d'un tel système démontre qu'il est clairement dévolu à l'IADE de mettre en œuvre les mesures correctives et conservatoires adéquates dans l'attente de l'arrivée du MAR. La sinistralité tend à prouver que ce système garantit la sécurité des patients et l'intervention rapide du MAR sans préjudice pour le patient.

9.6. Informatisation de la feuille d'anesthésie :

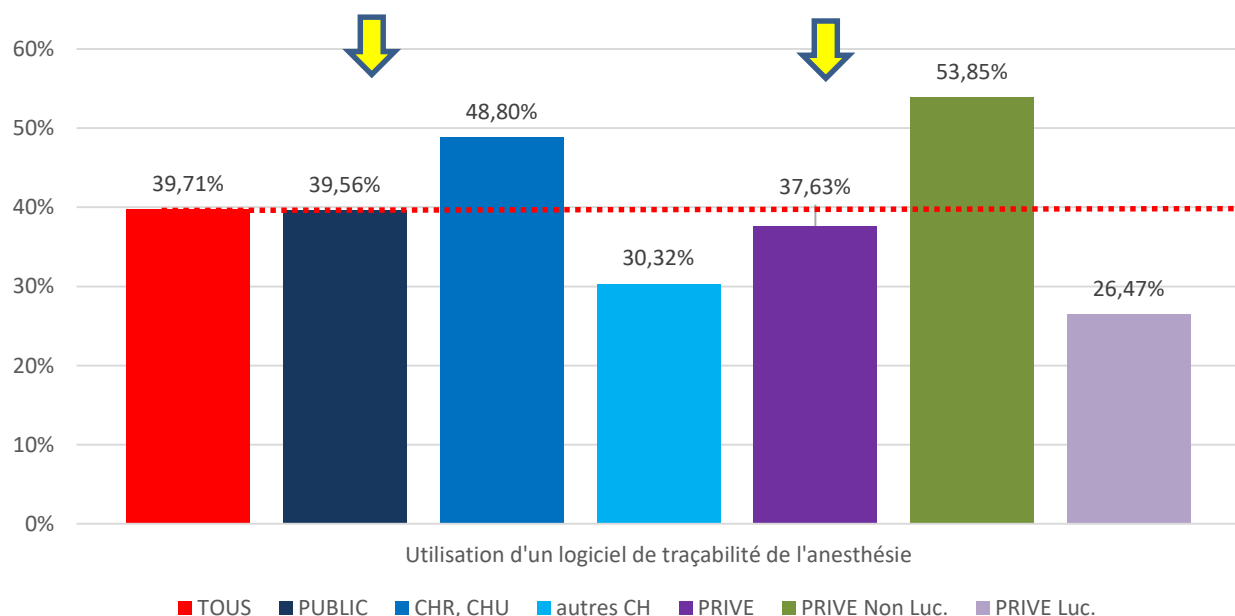
9.6.1. Utilisation d'un logiciel de traçabilité de l'anesthésie :

Votre lieu d'exercice est-il équipé d'un outil informatique pour la traçabilité anesthésique des interventions ?



Près de 40 % (39,71 %) des répondants bénéficient de l'outil informatique pour la traçabilité anesthésique des interventions.

Proportions d'IADE selon l'employeur principal utilisant un logiciel de traçabilité de l'anesthésie



Constat en bref :

Les moyennes d'utilisateurs du secteur public (39,56 %) et privé (37,63 %) semblent comparables avec la moyenne globale (39,71 %).

On note qu'au sein du secteur public, les IADE exerçant dans les grands établissements (CH-R-U) sont mieux dotés vis-à-vis des IADE des autres centres hospitaliers et dépassent le taux global d'utilisateurs de près de 10 points. Les IADE des autres CH sont donc en deçà de 10 points de la moyenne globale.

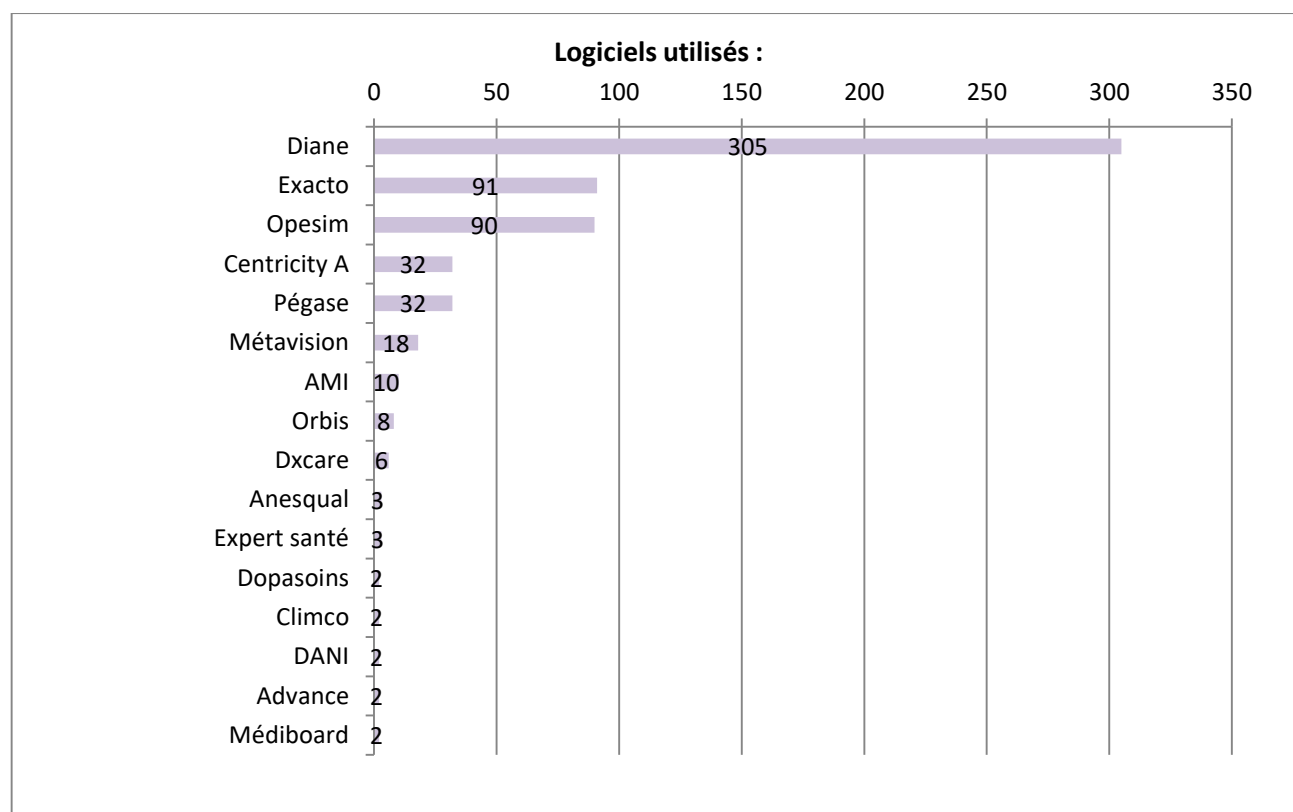
Au sein du secteur privé, il apparaît que les IADE exerçant en établissements privés à but non lucratif sont les mieux dotés, ceux-ci dépassant la moyenne globale d'utilisateurs de plus de 14 points et sont deux fois plus dotés que les IADE exerçant au sein des établissements privés lucratifs (dont IADE salariés des MAR) qui apparaissent être les moins équipés avec plus de 13 points en moins que la moyenne globale d'utilisateurs.

Commentaire et interprétation :

Le graphique ci-dessus donne une idée du taux d'équipement selon le statut de l'établissement en logiciel de traçabilité de l'anesthésie. Il illustre la marge de manœuvre à accomplir par les établissements et les sociétés d'informatique pour faire bénéficier les professionnels de ce dispositif.

9.6.2. Logiciels utilisés :

Quel est le logiciel utilisé ?		
Réponse	Nombre	%
Diane	305	46,63
Exacto	91	13,91
Centricity Anaesthesia	32	4,89
Autres	226	34,55
<i>Détails Autres :</i>		
<i>Opesim</i>	90	13.76
<i>Pegase</i>	32	4.89
<i>Metavision</i>	18	2.75
<i>AMI</i>	10	1.53
<i>Orbis</i>	8	1.22
<i>DxCare</i>	6	0.91
<i>Anesqual</i>	3	0.459
<i>Expert Santé</i>	3	0.459
<i>Dopasoins</i>	2	0.31
<i>Climco</i>	2	0.31
<i>DANI</i>	2	0.31
<i>Advance</i>	2	0.31
<i>Médiboard</i>	2	0.31



9.6.3. Niveau de satisfaction des logiciels :

Quelle est votre niveau de satisfaction de l'utilisation du logiciel ? [Notez de 1 (très insatisfait) à 10 (très satisfait)]		
Réponse	Décompte	%
1	12	1,834862
2	24	3,669725
3	29	4,434251
4	33	5,045872
5	43	6,574924
6	50	7,64526
7	134	20,489297
8	194	29,663609
9	88	13,455657
10	47	7,186544

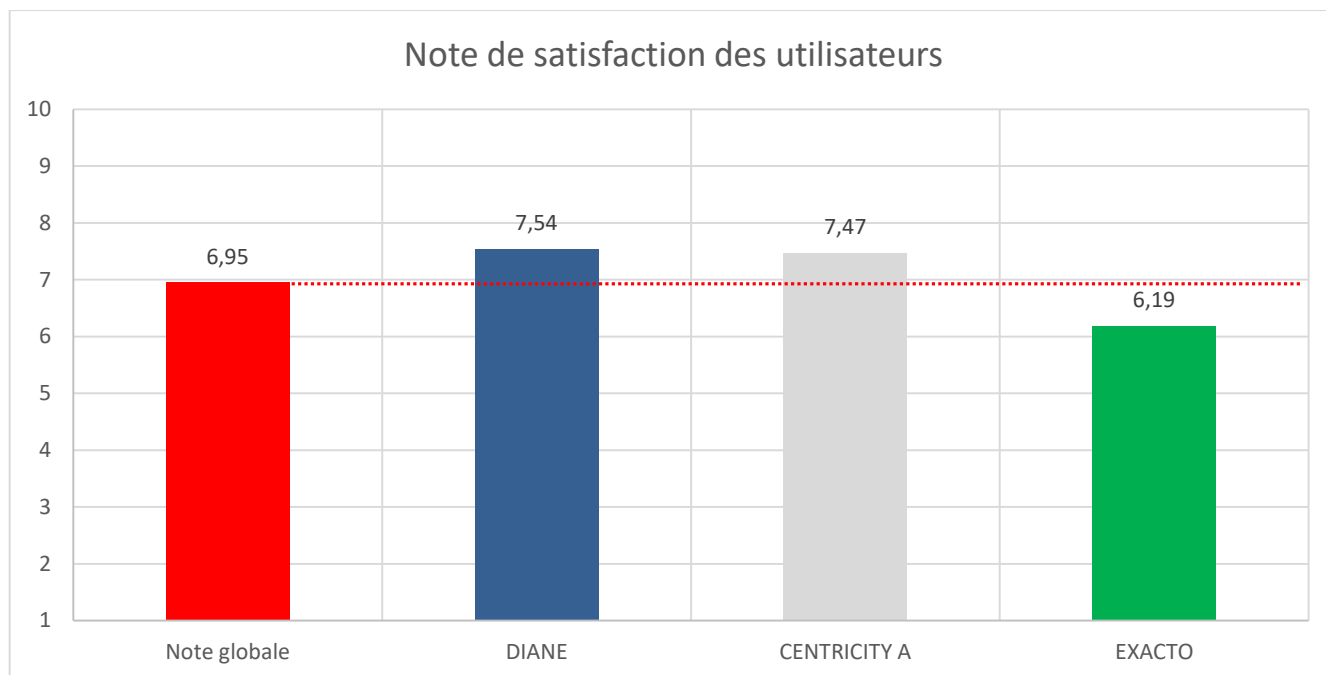
Notation de satisfaction des utilisateurs sur les principaux logiciels de traçabilité de l'anesthésie utilisés sur une échelle de 1 à 10.

La **note moyenne globale** des utilisateurs sur les solutions informatiques est de **6,95**

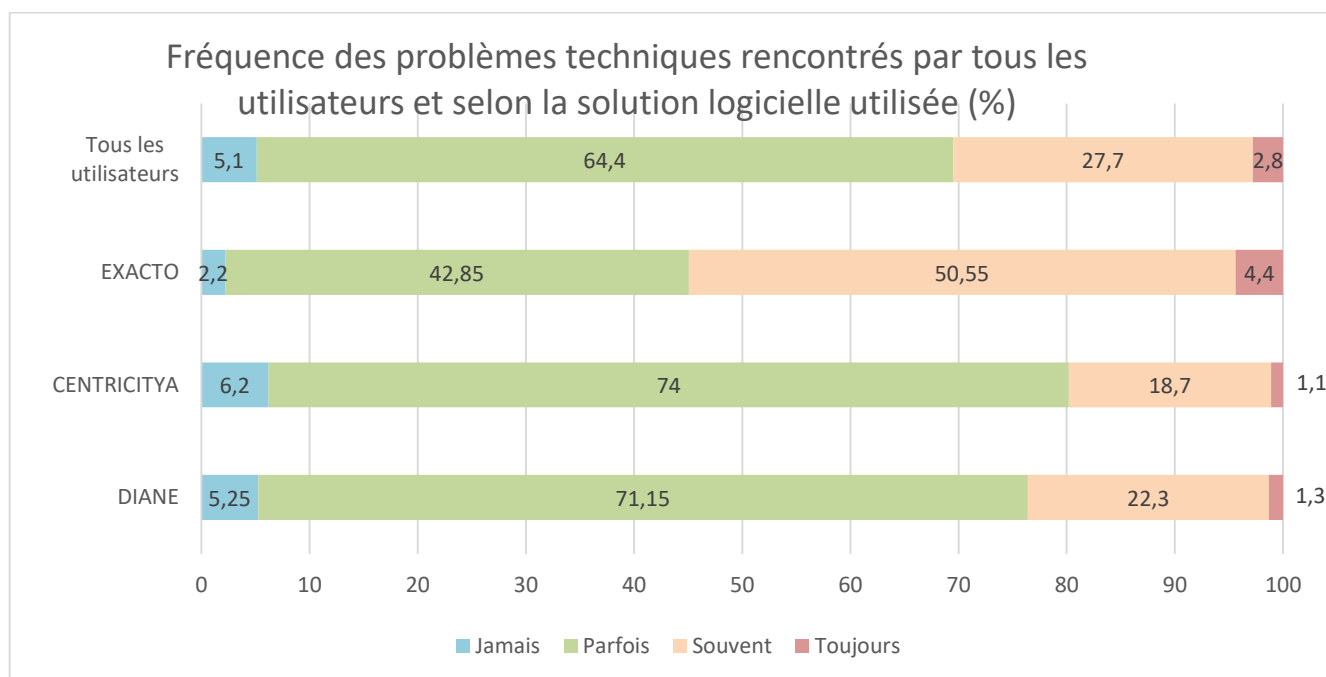
La note moyenne donnée par les (305) utilisateurs de **Diane** est de : **7,54**

La note moyenne donnée par les (32) utilisateurs de **Centricity anaesthesia** est de : **7,47**

La note moyenne donnée par les (91) utilisateurs d'**Exacto** est de : **6,19**



9.6.4. Difficultés techniques dans l'utilisation du système informatique :



Constats en bref :

30,72 % des IADE déclarent connaître régulièrement des difficultés techniques dans l'utilisation du système informatique. (Souvent 27,7 % et Toujours 2,8 %)

Commentaires et interprétations :

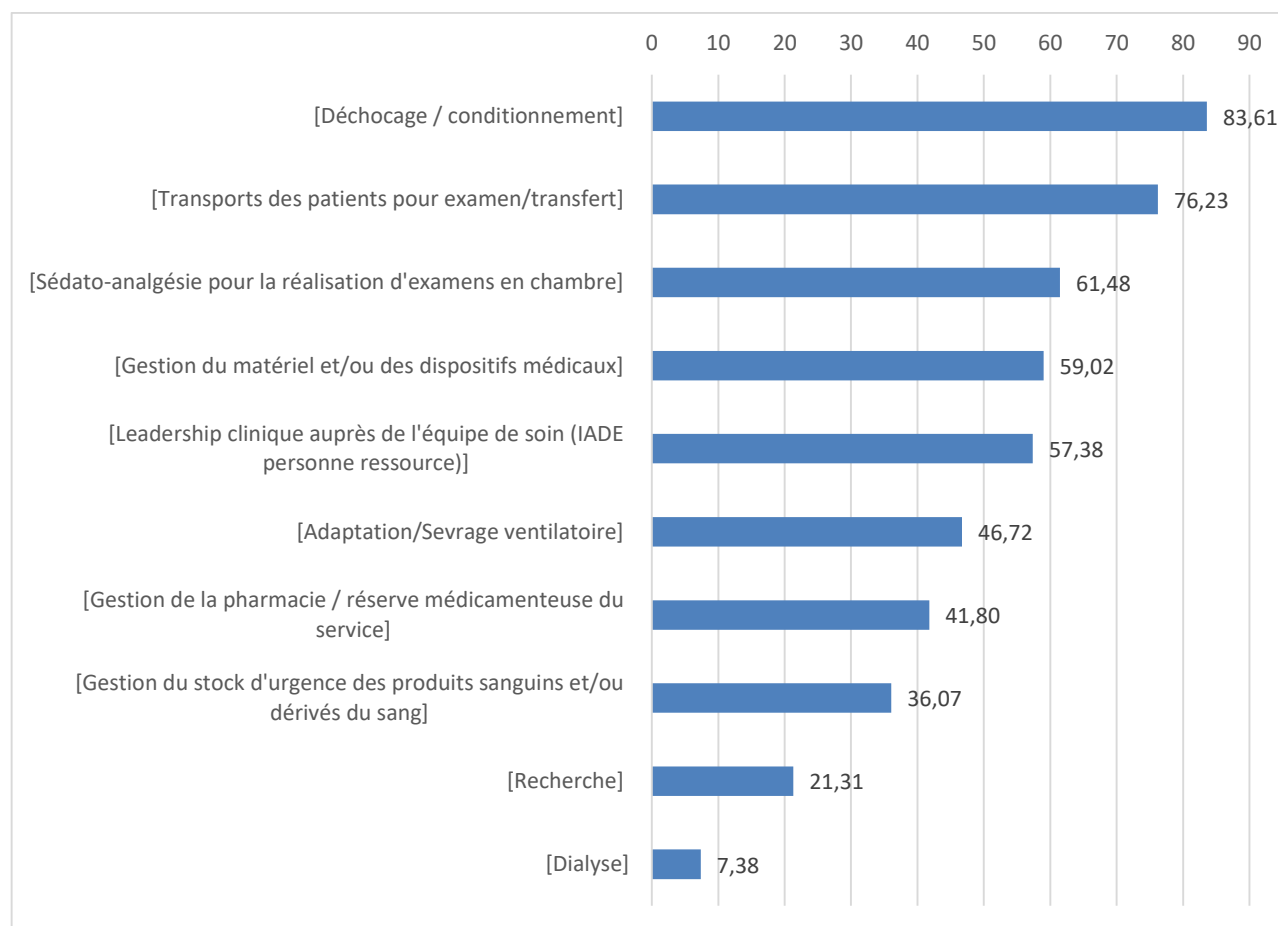
Ces problématiques peuvent être liées aux solutions matérielles (stations, connectiques...), environnements réseau et/ou solutions logicielles (configuration, connexion serveur...). Ces problèmes récurrents peuvent notamment engendrer des interruptions de tâches (augmentant le risque d'erreur), le ralentissement de l'activité, la perte de traçabilité de l'anesthésie. Cette question étant liée à la précédente sur le questionnaire, nous avons isolé les réponses des utilisateurs des trois premiers logiciels. Il apparaît que le logiciel le moins bien noté (Exacto) est celui qui souffre le plus de problèmes techniques (déconnexion, communication entre les dispositifs biomédicaux...). 54,95 % des utilisateurs exacto se plaignent de problèmes récurrents contre 30,5 % de l'ensemble des utilisateurs. A contrario, c'est la solution Centricity Anesthésia, suivi de Diane, qui connaît le moins de problèmes techniques dans leur utilisation.

10. IADE en service de Réanimation, Brûlés, Accueil des Urgences

(122 /1703 soit 7.16 % des IADE sondés)

22.95 % ont leur roulement de travail englobé dans l'équipe infirmière ; 77.5 % ont leur roulement propre.

Prérogatives ciblées de l'IADE en service de réanimation, Brûlés, SAU :

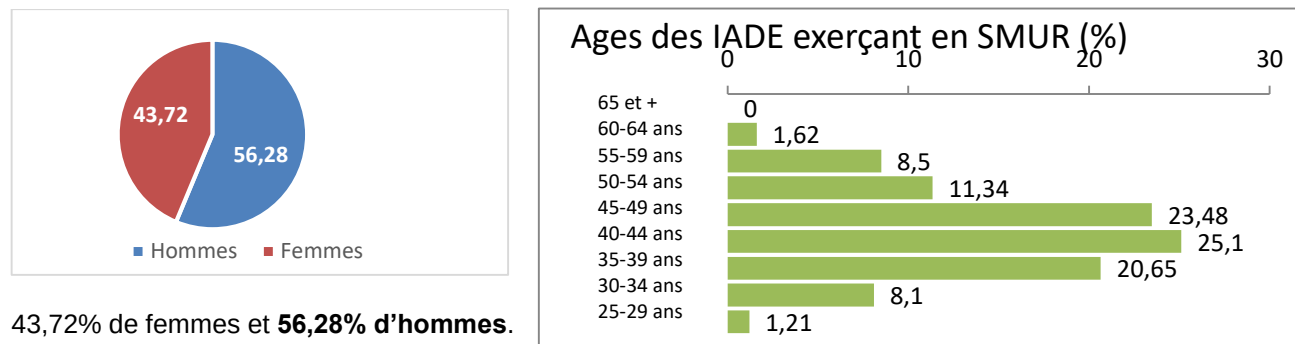


À la question : « Votre activité/poste en service de réanimation et/ou SAU et/ou Service des brûlés est-il remis en question ? » : 27.87 % répondent par l'affirmative et précisent « à court ou moyen terme »

11. IADE en Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) :

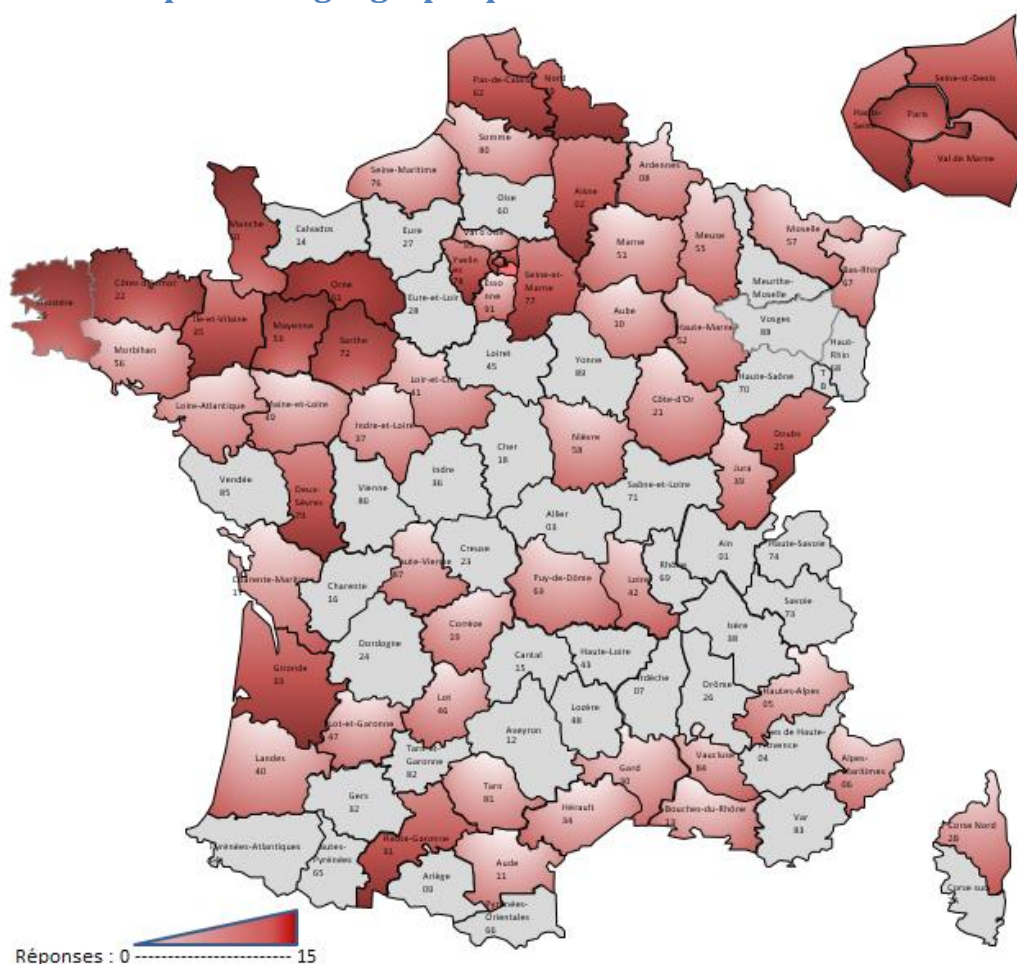
11.1. Données démographiques IADE en SMUR :

Les IADE exerçant en SMUR représentent **14.50 %** du panel.



43,72% de femmes et **56,28% d'hommes**.

11.2. Répartition géographique :



Départements avec équipages SMUR dotés d'IADE : densité en fonction des réponses à l'enquête en dotation, département en gris non renseignés. **Données déclaratives à prendre en compte avec toutes les réserves qui s'imposent**

NB : on note la présence d'IADE dans les SMUR de Guadeloupe, Martinique, et Ile de la Réunion.

11.3. Formation :

28,3% des IADE exerçant en SMUR possèdent un DU ou DIU principalement en lien avec l'oxylogie, (médecine d'urgence, catastrophe, rapatriement) et la prise en charge de la douleur. 43,7% sont détenteurs d'un diplôme de formateur en secourisme.

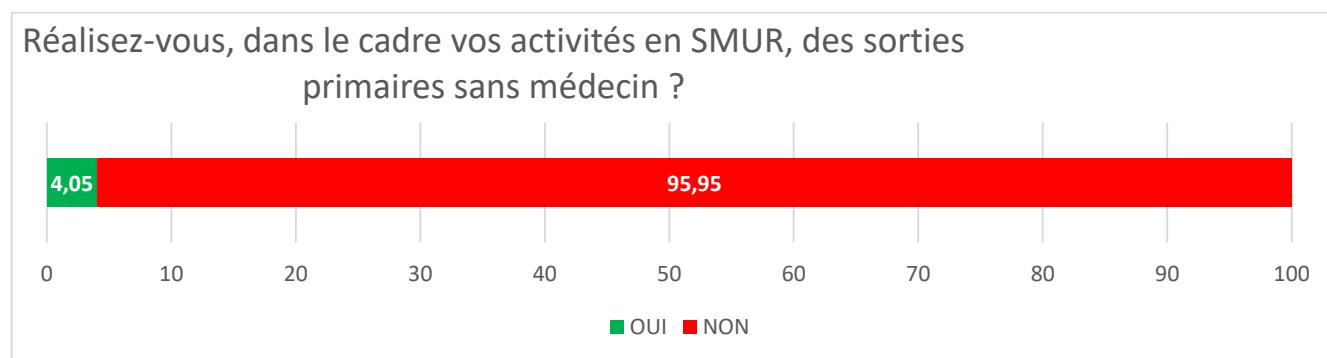
11.4. Exercice :

33% exercent en CHR / CHU ; 67% exercent en CH. 89,86% exercent à temps complet. L'exercice mixte est très répandu. Outre les fonctions exercées en SMUR, les IADE concernés interviennent également dans les différents autres secteurs :

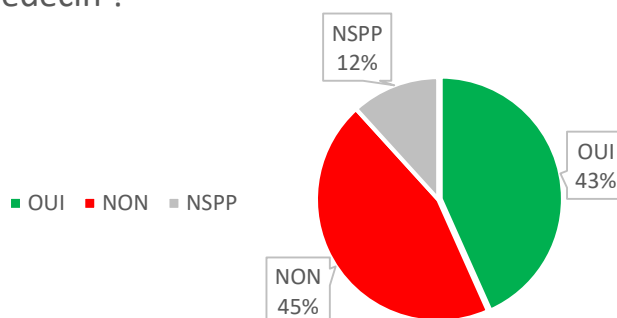
Secteurs partagés avec l'exercice en SMUR.	IADE SMUR
Bloc opératoire pluridisciplinaire	80,97%
Bloc spécialisé	14,98%
SSPI	55,06%
Maternité	56,68%
Chirurgie pédiatrique	23,89%
Endoscopie	47,37%
Radiologie	17,81%
Cardiologie interventionnelle	10,93%
Réa chir	3,24%
Réa méd	2,83%
Brûlés	0,81%
SAU	20,24%
CEC	0,81%
Ecole IADE / IFSI / IFAS ...	11,74%
CESU	24,29%
Algologie	2,83%
Administration	0,81%
Autres	7,29%

Outre leurs activités professionnelles principales, les IADE exerçant en SMUR sont également engagés pour 18,22% en tant qu'infirmiers sapeurs-pompiers et 9,72% réservistes EPRUS.

11.5. Paramédicalisation des secours/Réponse graduée :



Souhaitez-vous réaliser (ou continuer à réaliser) des sorties primaires SMUR sans médecin ?



Constats en bref :

4 % des IADE exerçant en SMUR réalisent des sorties primaires sans médecin.

À la question de savoir s'ils souhaiteraient réaliser (ou continuer à réaliser) des sorties primaires sans médecin (avec renfort médical déclenchable), aucune majorité franche ne se dégage.

Commentaires et interprétations :

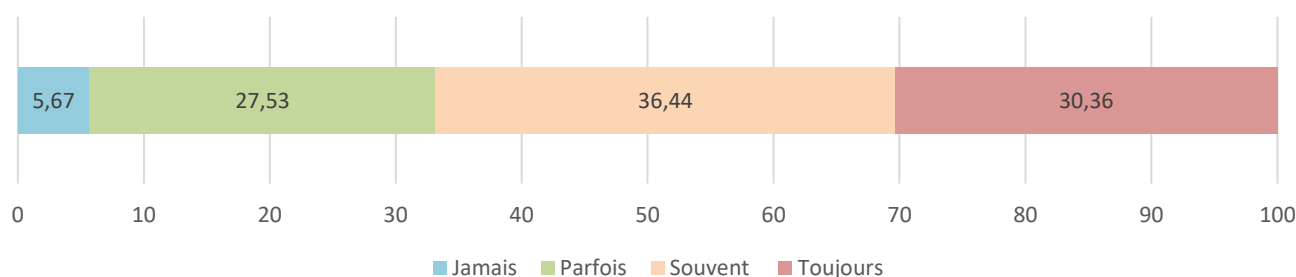
Contrairement aux affirmations avancées par certains représentants médicaux, certains IADE (4 %) réalisent déjà des primaires sans médecin en SMUR, déclenchés sur certains motifs de départ ou en cas de carence d'équipe complète afin d'optimiser le temps médical et d'apporter une réponse graduée à l'urgence pré hospitalière.

Outre une proportion ne désirant pas se prononcer sur ce souhait (12%), le reste des professionnels est presque parfaitement divisé sur la question. La frilosité de certains peut s'expliquer par le risque pour eux de porter de telles revendications au regard des menaces qui pèsent déjà sur leur éviction de ces services (voir plus bas), et sur le contexte règlementaire et la responsabilité en cas de survenue d'un évènement indésirable.

11.6. Prérogatives déléguées par le médecin urgentiste à l'IADE en SMUR :

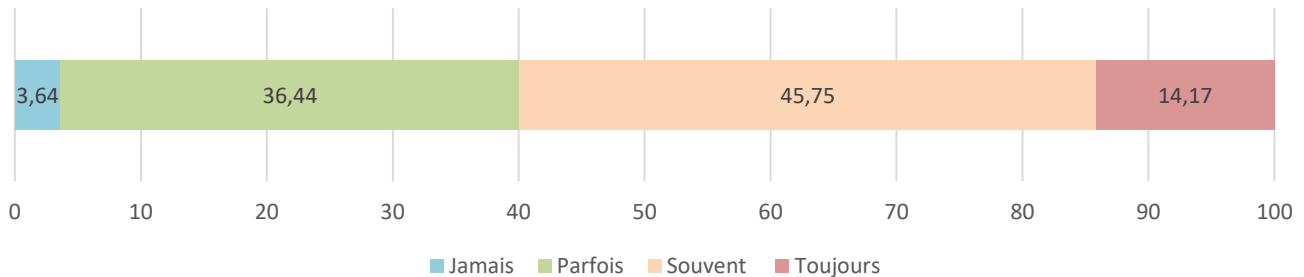
11.6.1 Gestion de la sédato-analgésie :

Lors de votre collaboration avec le médecin urgentiste sur intervention SMUR, ce dernier vous délègue t-il la sédato-analgésie ?



11.6.2 Gestion de l'abord ventilatoire :

Lors de votre collaboration avec le médecin urgentiste sur intervention SMUR, ce dernier vous délègue t-il la gestion de l'abord ventilatoire ?



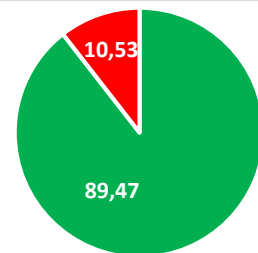
Constats en bref :

Les médecins urgentistes bénéficiant d'IADE au sein des équipes SMUR semblent majoritairement s'appuyer sur leurs compétences concernant la gestion de la sédato-analgésie et des voies aériennes supérieures. Néanmoins, il subsiste une part non négligeable de médecins urgentistes n'exploitant pas totalement les prérogatives déléguées à l'IADE dans le cadre de ces activités.

11.7. Transports secondaires, Transports infirmiers inter-hospitaliers :

Votre antenne SMUR réalise t-elle une activité de transports "secondaires" ? (%)

■ OUI ■ NON



Réalisez-vous des TIIH :
(Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers) ? (%)

NON

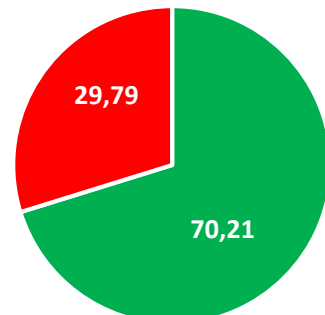
61,94

OUI

38,06

0 50 100

Ces TIIH concernent-ils des patients intubés/ventilés et ou sédatisés ? (%)



Constat en bref :

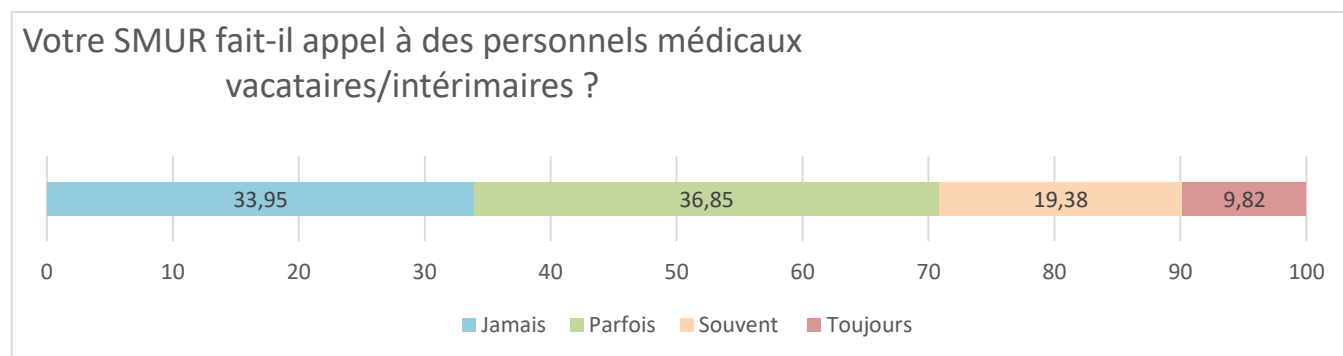
89.47 % réalisent des transports secondaires.

38.06 % réalisent des TIIH. Ces derniers sont employés pour 70.21 % d'entre eux à la réalisation des TIIH de patients « réanimatoires » (intubés/ventilés et/ou sédatisés).

Commentaire et interprétation :

On peut donc déduire que 24 % des IADE exerçant en SMUR réalisent des TIIH entrant dans le cadre de leur nouvelle exclusivité obtenue en 2017¹¹. Ces transports de patients « réanimatoires » par l'IADE permettent un dégagement de temps médical non négligeable. Au regard de la création des GHT, il est à prévoir une augmentation de ces transferts inter-hospitaliers de patients « lourds ».

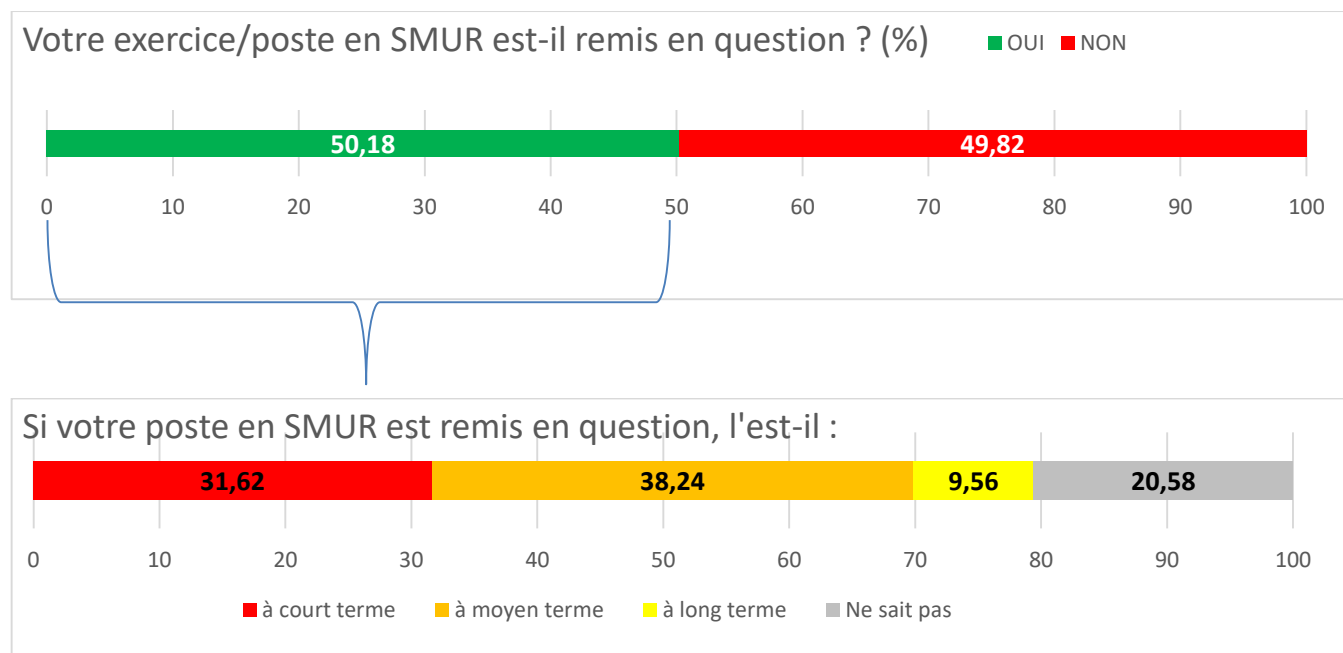
11.8. Collaboration avec médecins urgentistes vacataires :



Constat en bref :

29.2% des IADE exerçant en SMUR déclarent travailler fréquemment (Souvent/Toujours) avec des médecins vacataires/intérimaires.

11.9. Pérennité des postes IADE en SMUR



¹¹ Article R4311-12 du Code de la santé publique : III.-« L'IADE est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter-hospitaliers. »

Constat en bref :

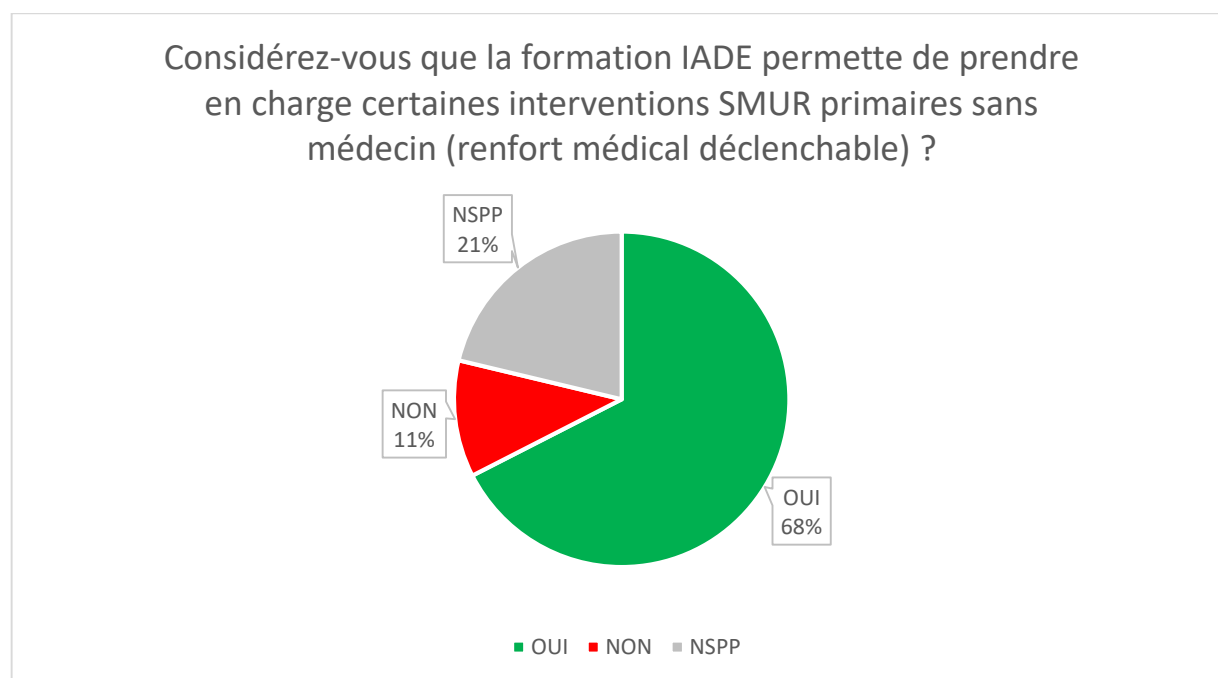
50.18 % déclarent que leur poste en SMUR est remis en question, dont 70 % à court/moyen terme.

Commentaire et interprétation :

Ces résultats sont édifiants sur l'ambiance actuelle subie par les personnels IADE exerçant en SMUR. Sous prétexte d'économies, certaines administrations tendent à enlever les IADE des équipes SMUR. Notre organisation professionnelle dénonce régulièrement la déqualification des SMUR par le remplacement de personnels non-spécialisés pour ces activités.

QUESTION D'OPINION : SMUR et Réponse graduée IADE

Question posée à l'ensemble du panel :

*Commentaires :*

La notion de réponse graduée à l'urgence pré-hospitalière est un concept défendu depuis de nombreuses années par la filière IADE qui se positionne prioritairement pour ces activités¹². Outre les nombreux apports formatifs en physiopathologie, pharmacologie et médecine d'urgence, les référentiels¹³ de formation, d'activité et de compétences en annexe de l'arrêté de formation du 23 juillet 2012 ont notamment été enrichis dans cet esprit avec le bilan lésionnel et vital d'une victime par l'IADE et l'anesthésie avec un médecin non spécialisé.

¹² « Place de l'IADE en SMUR, perspectives d'avenir » SNIA – 2015

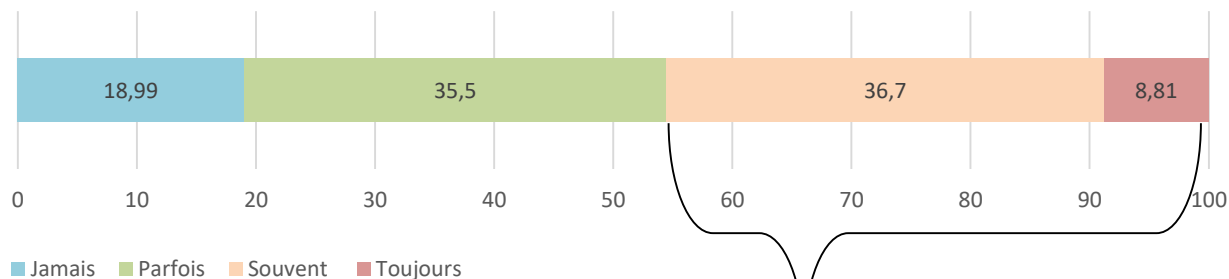
www.sn timer.net/uploads/7/7/8/5/7785148/sn timer_support_smur_bd_pages.pdf

¹³ Référentiels publiés au Bulletin Officiel Santé Solidarités Juillet 2012 (Pages 29 à 104)

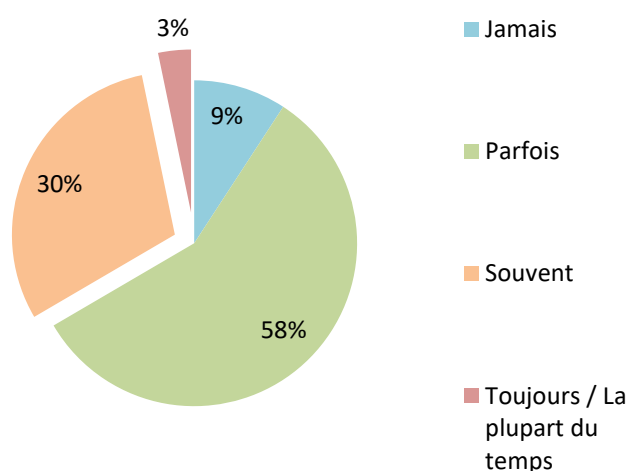
http://www.san timer.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-07/ste_20120007_0001_p000.pdf

12. COLLABORATION AVEC VACATAIRES MÉDICAUX AU BLOC OPÉRATOIRE

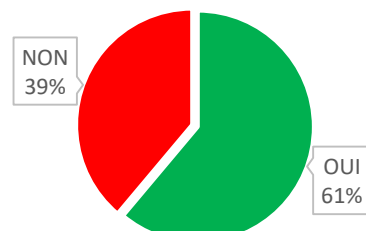
Travaillez-vous avec des médecins vacataires, intérimaires/remplaçants ?



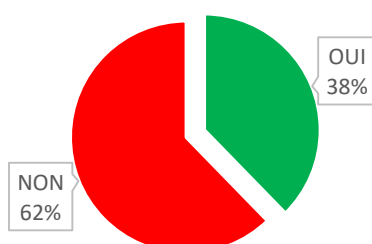
Eprouvez-vous des difficultés de communication/compréhension ?



Rencontrez-vous des difficultés organisationnelles ?



Constatez-vous une recrudescence des incidents/accidents ?



Constat en bref :

45.5 % des IADE sont amenés à collaborer fréquemment avec des médecins intérimaires/vacataires. Parmi eux 1/3 (33.41 %) déclarent éprouver fréquemment des difficultés de communication et de compréhension. Ils sont 61 % à rencontrer fréquemment des difficultés organisationnelles dans cette collaboration.

37.7 % constatent une recrudescence de la survenue d'incidents/accidents dans cette collaboration.

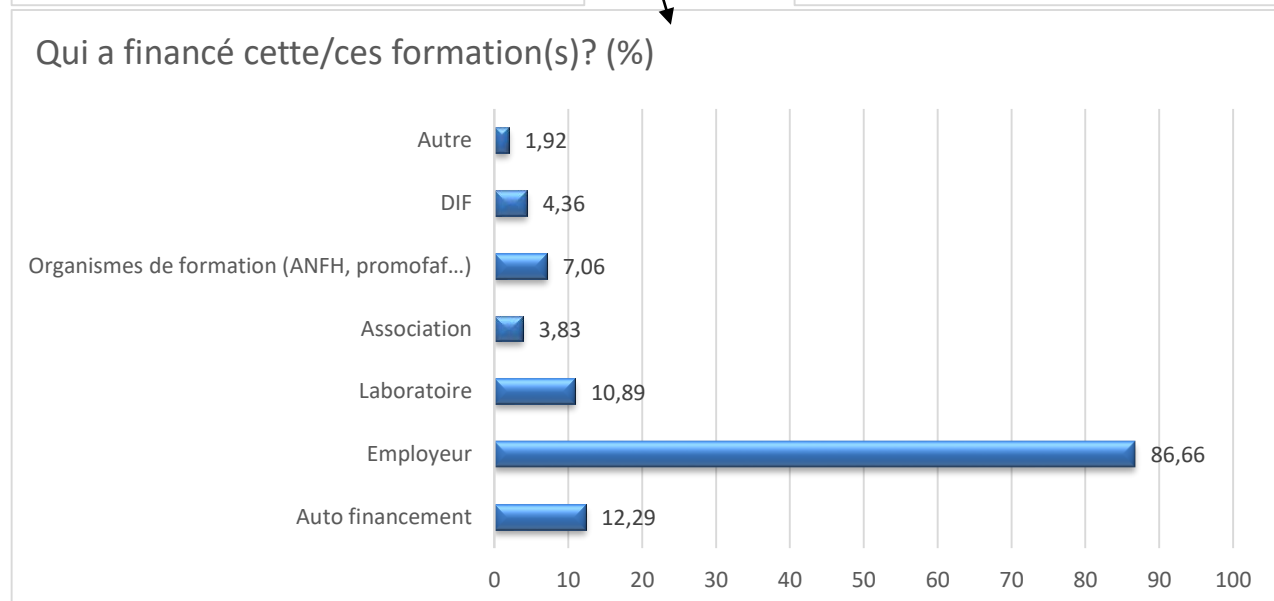
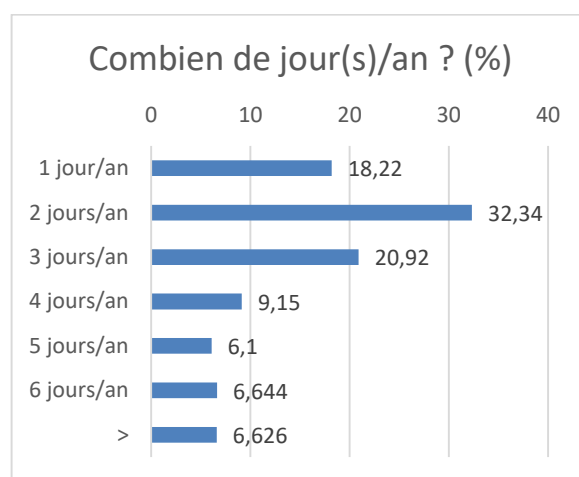
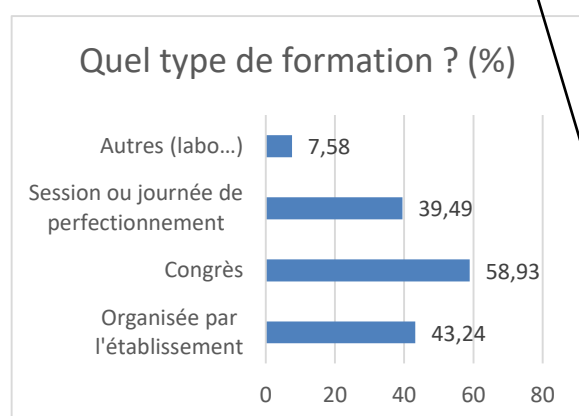
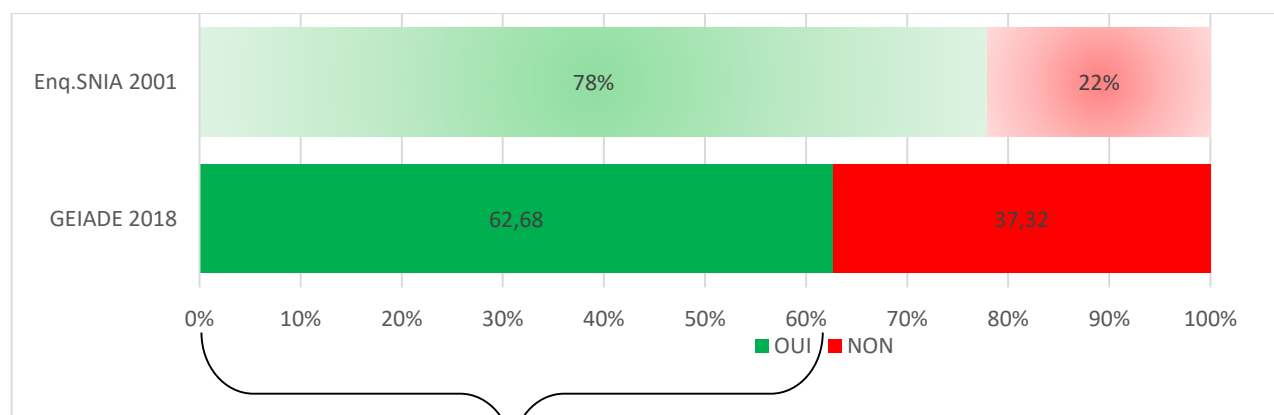
Commentaires et Interprétations :

Le rôle des IADE dans ces services consiste à tenter de garder une structuration d'équipe, de pratiques et de fonctionnement pour pallier aux difficultés démographiques médicales. De nombreuses remontées vers le SNIA font état de situations professionnelles complexes par les professionnels IADE dans ces structures.

13. FORMATION CONTINUE

13.1. Fréquences, types et durées des formations :

Avez-vous participé à des actions de formations continues en 2016/2017 (Formations institutionnelles, congrès...) ?



Les IADE Cadres de santé sont 77,95 % à avoir pu bénéficier d'une formation continue sur cette période.

Lecture, constats en bref, commentaires et interprétations :

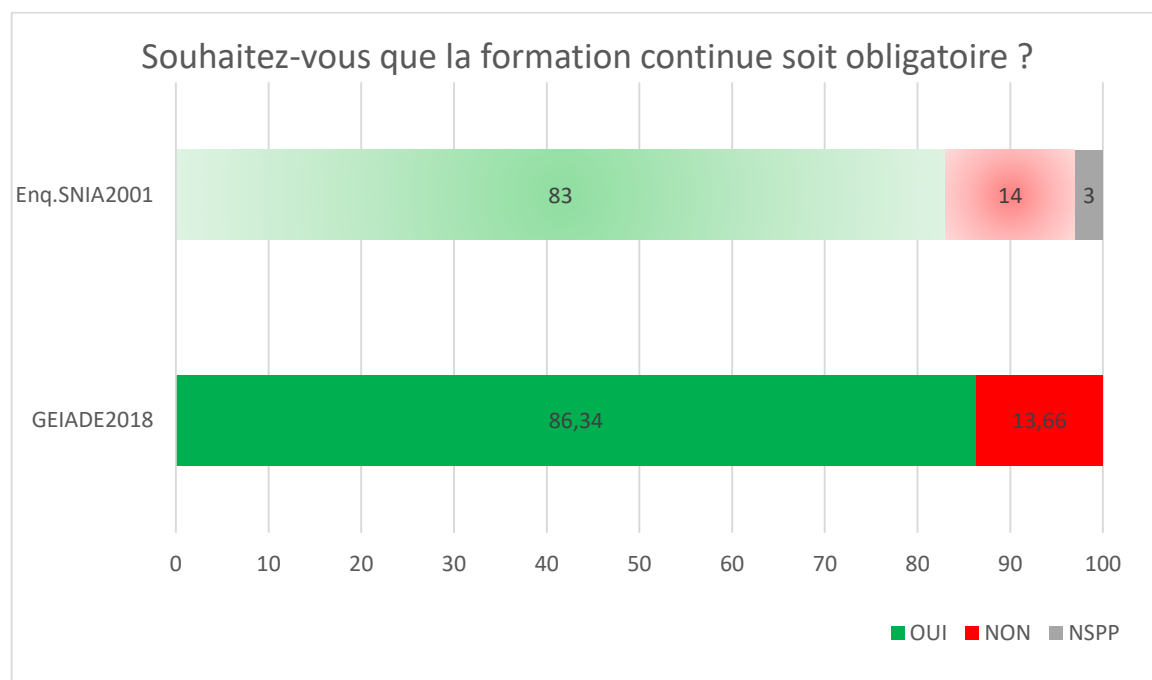
62,68 % des IADE ont bénéficié d'une formation au cours de la dernière année, c'est près de 15 % de moins qu'en 2001¹⁴. Il est à noter que notre population professionnelle a doublé depuis cette étude et même si la proportion connaît un recul, on peut noter que le taux d'accès à la formation continue reste élevé au regard de nos effectifs. Concernant la fonction publique hospitalière, ce taux d'accès s'élève à 65,13 %, en élément de comparaison l'on peut citer la récente publication de l'ANFH¹⁵ qui rapporte que 58,5 % des agents sont partis au moins une fois en formation en 2017. Il est à noter le fort taux d'IADE Cadres de santé ayant pu bénéficier d'une action de formation sur la période enquêtée (78 %).

Les congrès de la spécialité (JEPu, SFAR, MAPAR, JMARU, ...) sont plébiscités par 58,93 % des IADE ayant bénéficié d'une formation au cours de la dernière année, suivi par les formations organisées par les établissements (43,24 %) et les sessions ou journées de perfectionnement (39,49 %). On note que les formations dispensées par les laboratoires ne représentent que 7,58 %.

La médiane indique que près de 50 % des formations effectuées par les IADE étaient d'une durée supérieure ou égale à 3 jours dans l'année 2017.

Ces formations sont majoritairement financées par l'employeur (86,66 %), l'Auto-financement concerne 12,29 %, tandis que la prise en charge financière par les laboratoires représente 10,89 %.

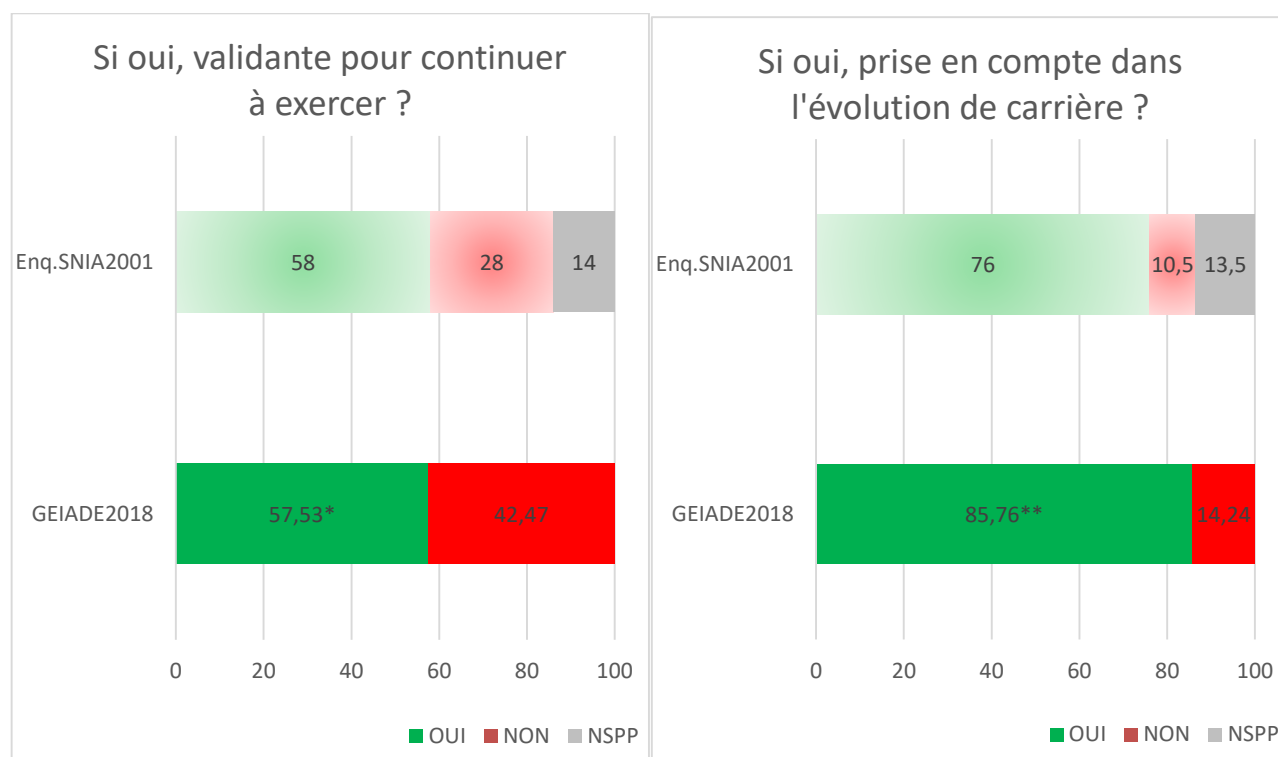
13.2. Obligations légales de la formation continue et re-certification :



¹⁴ Enquête démographique et pratiques déclarées des IADE, SNIA - 2001

¹⁵ Chiffres clés 2017 de la formation continue dans la fonction publique hospitalière, ANFH, publié le 20/06/2018
www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/infographie_ra_2017_v8.pdf

Les 86.34% favorables à l'obligation de formation continue se décomposant selon les diagrammes suivants :



* : 57,53 % de 86,34 % soit : 49,67 % du panel total

** : 85,76 % de 86,34 % soit : 74,04 % du panel total

Constats en bref :

86 % des IADE sont favorables à l'obligation de formation continue.

57.5 % d'entre eux soit 49,67 % du panel déclarent vouloir que ces certifications soient validantes pour continuer à exercer. Les IADE Cadres de santé sont favorables à ces certifications pour 71,43 % d'entre eux.

85.7 % d'entre eux soit 74,04 % du panel souhaitent qu'elles soient prises en compte dans l'évolution de carrière.

Commentaires et interprétations :

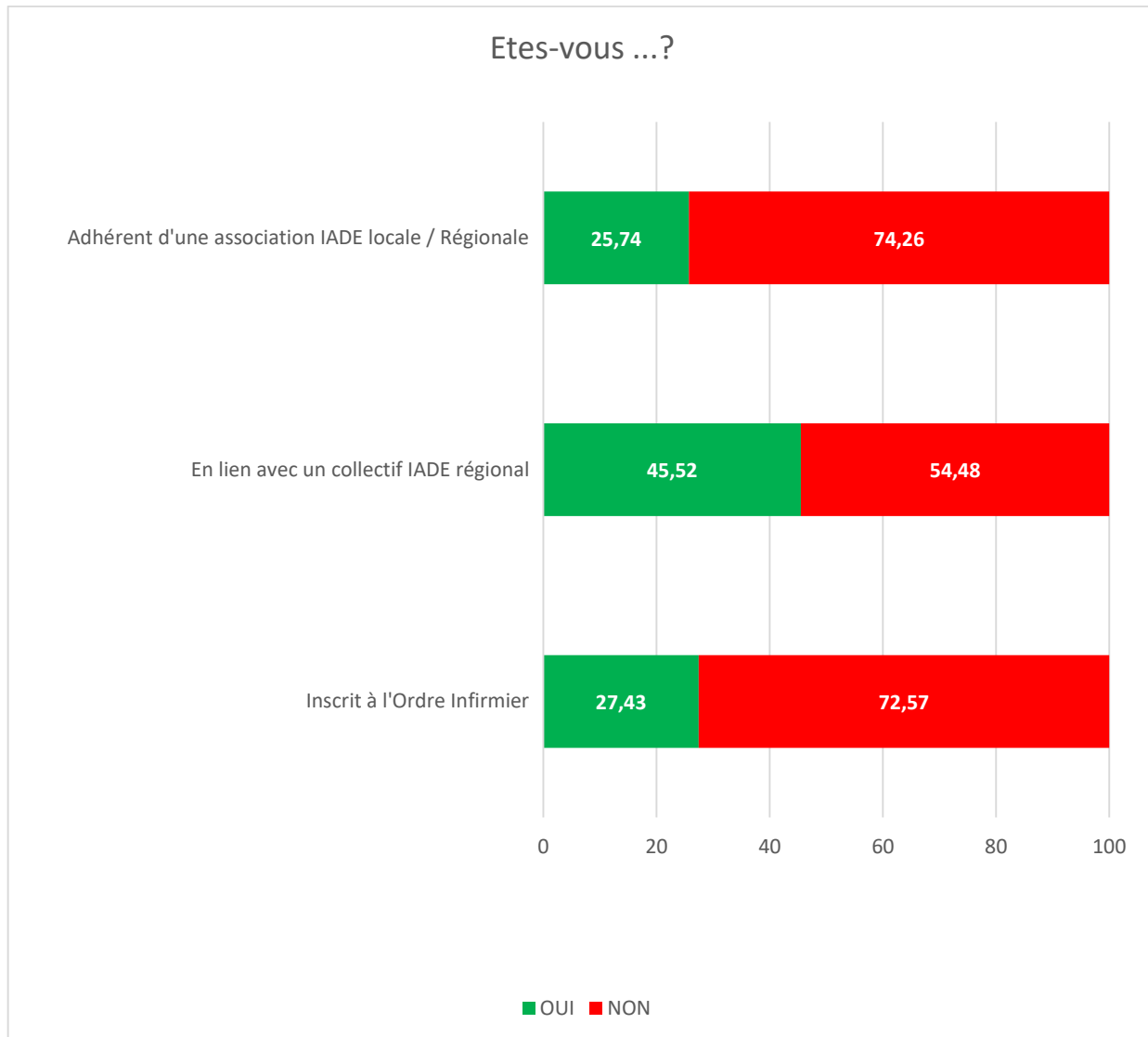
Ces résultats ne diffèrent que très peu des résultats obtenus lors de l'enquête réalisée en 2001 par le SNIA, démontrant une stabilité des opinions sur ces sujets.

Le sujet d'une re-certification validante, et de tout ce que cela impliquerait, divise quasi parfaitement les professionnels interrogés (49,67 %/50,33 %) pourtant l'obligation triennale de suivi d'un parcours de DPC¹⁶ pourrait déjà s'assimiler à un début de re-certification et nécessite que ces parcours de formation soient adaptés et pertinents pour notre spécialité d'IADE.

¹⁶ Développement Professionnel Continu initié par la loi HPST (2009), effectif depuis le 1^{er} janvier 2013 et adapté par la loi de modernisation du système de santé (2016).

14. RESEAU COMMUNAUTE IADE

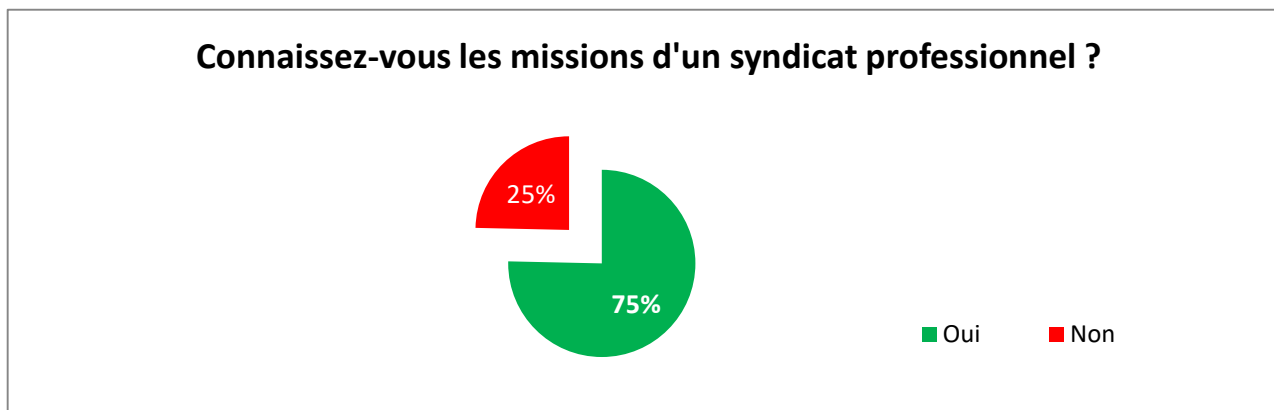
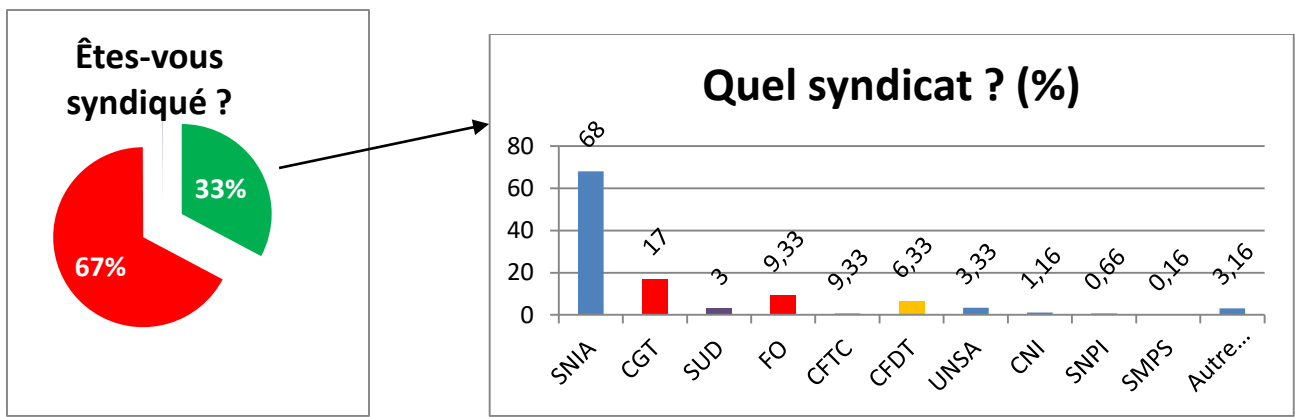
14.1. Associations professionnelles, Collectifs régionaux, Ordre infirmier :



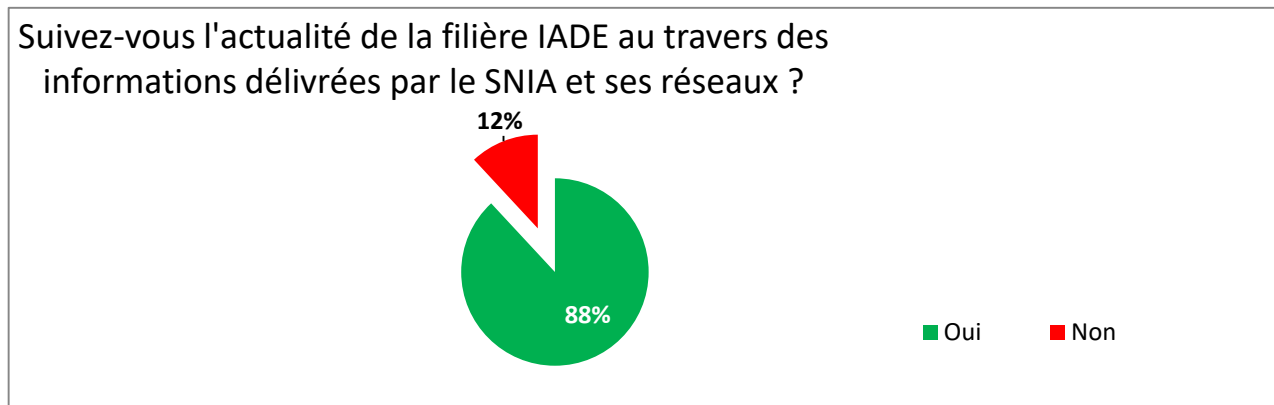
Constats en bref :

- ¼ des IADE répondants sont adhérents d'une association IADE locale ou régionale
- 45.51 % des IADE sont en lien avec un collectif IADE local ou régional
- Seuls 27.4 % des IADE sont inscrits à l'Ordre national infirmier (73,70 % des inscrits sont à jour de leur cotisation ordinale au moment de répondre au questionnaire de la GEIADE2018).
- Une majorité d'IADE (55.4 %) estime qu'il est nécessaire que les IADE soient correctement représentés au sein de l'ONI.
- **61 %** des IADE admettent ne pas connaître les missions de l'Ordre national infirmier.

14.2. Syndicat :



Visibilité du SNIA



Constat en bref :

33 % du panel déclare être syndiqué.

La part de syndiqués au SNIA représente la majorité des IADE déclarants être syndiqués.

Les missions du syndicat professionnel sont connues et comprises par près de 75 % des répondants.

Près de 90 % de la population IADE s'informe via les réseaux du SNIA.

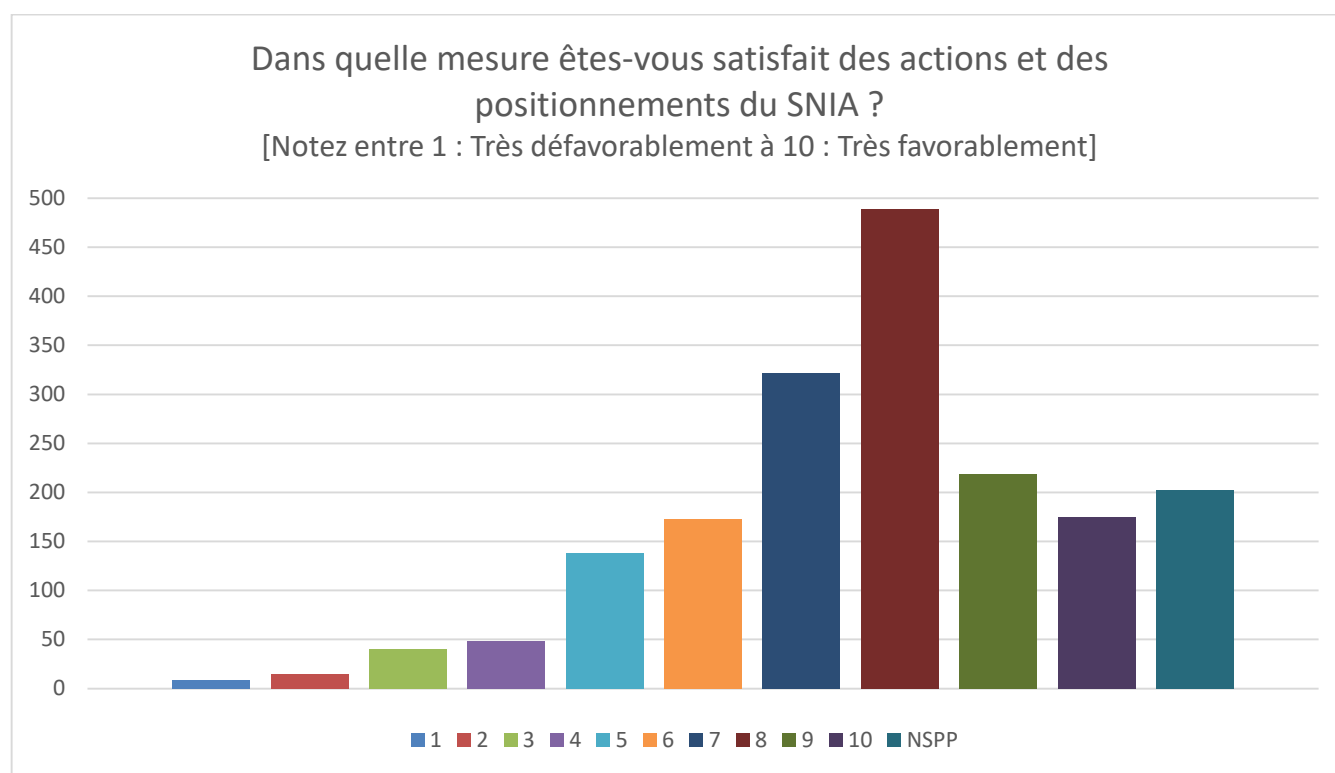
Commentaires et interprétations :

Le taux de syndicalisation est très élevé eu égard au taux de syndicalisation des salariés en France (11 %¹⁷)

Le SNIA apparaît comme un syndicat plébiscité par les IADE, ces résultats sont tout de même à pondérer du fait que les invitations personnelles sécurisées ont été (en partie seulement) envoyées via notre fichier adhérent.

Le taux de personnes déclarant connaître les missions du syndicat professionnel laisse penser que la communication réalisée à l'intention des professionnels porte ses fruits.

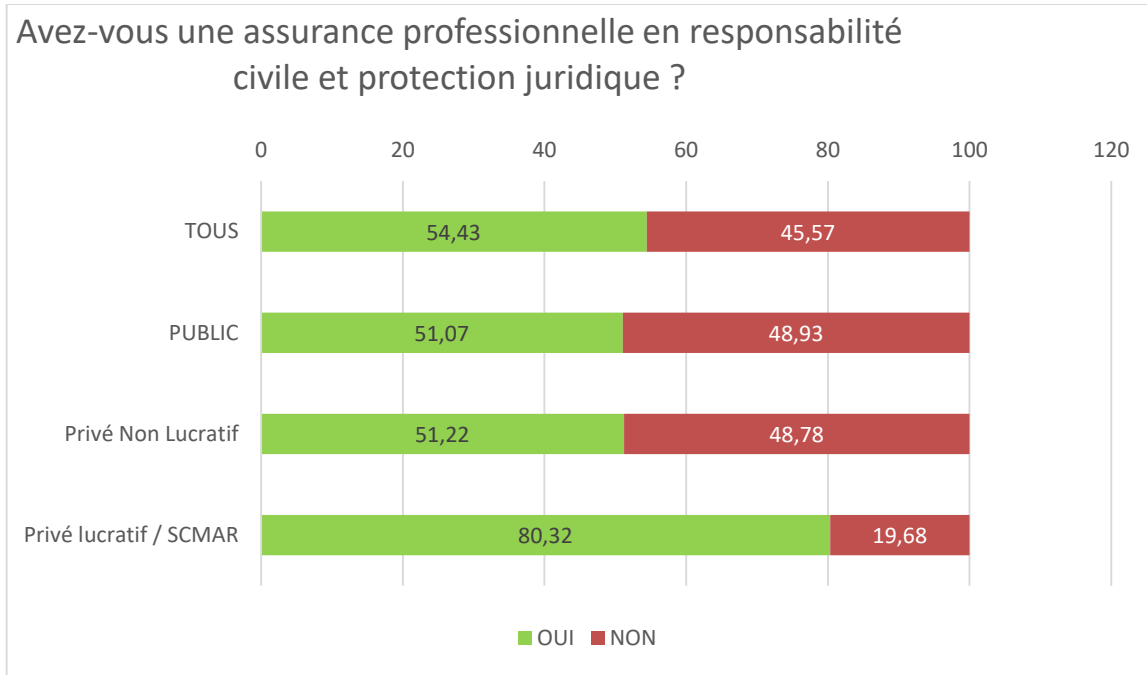
Le SNIA apparaît être un canal d'information plébiscité par la filière IADE.

Appréciations de la profession envers son syndicat professionnel SNIA*Interprétation :*

La moyenne globale de la notation des actions et positionnements du SNIA s'élève à **7,35** sur une échelle de 1 à 10.

¹⁷ Chiffres DARES Mai 2016 : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-025.pdf>

14.3. Couverture assurantielle :

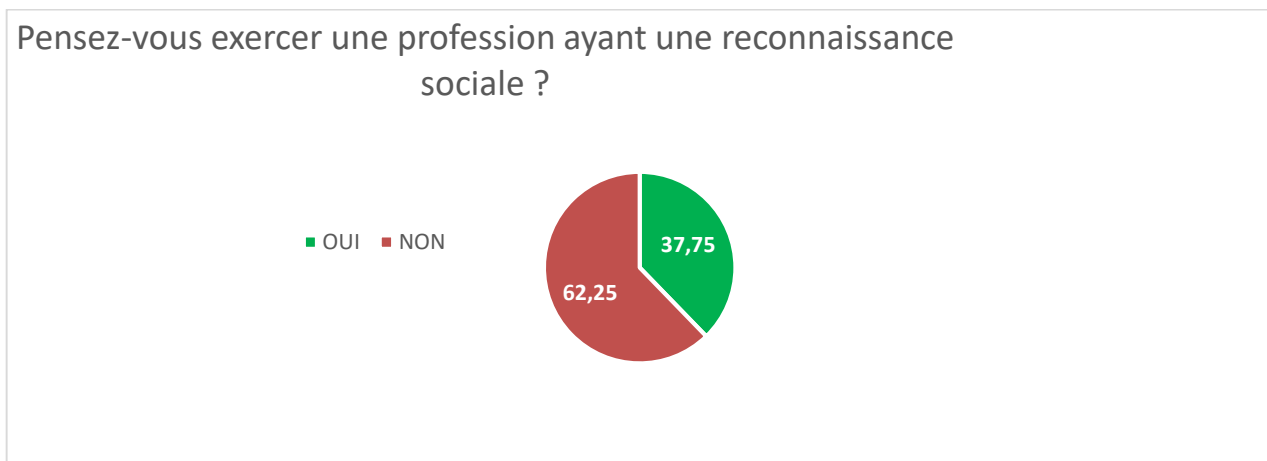


Constats et commentaires :

54.4 % des IADE souscrivent à une assurance professionnelle.

C'est évidemment les IADE du secteur privé lucratif qui détiennent le taux le plus haut (80,32 %) au regard de leurs pratiques plus autonomes et d'une prise de risques plus présentes du fait du mode de fonctionnement. Les IADE du secteur public sont en partie couverts par l'assurance de leurs établissements si la faute ou l'erreur commise n'est pas détachable du service.

15. CONSIDERATION, RECONNAISSANCE, QUESTIONS DIVERSES



Les IADE Cadres de santé sont 48,82 % à estimer exercer une profession ayant une reconnaissance sociale, soit 10 points de plus que l'ensemble des IADE (37,75 %).

Pensez-vous exercer une profession ayant une reconnaissance économique / salariale ?



Pensez-vous, dans le cadre du contexte actuel, que votre salaire doit être modifié ?

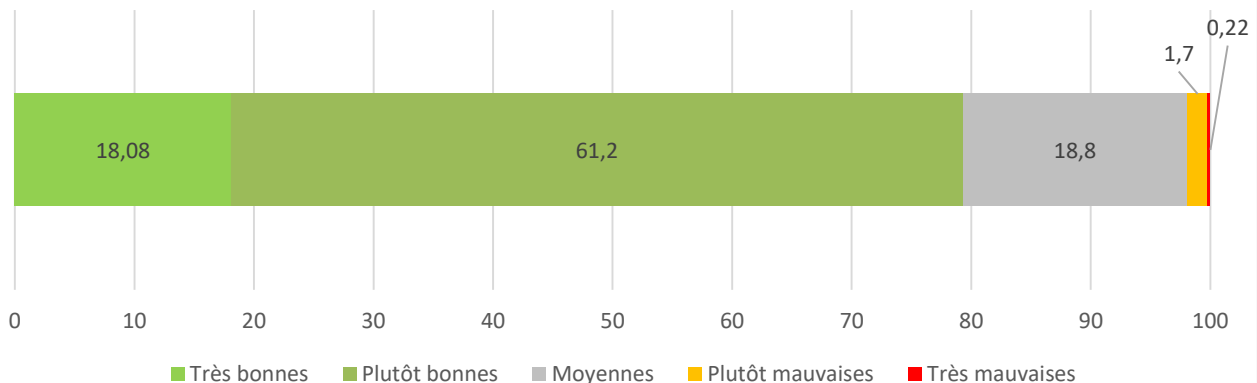


Commentaires et interprétations :

Ces résultats démontrent l'insatisfaction persistante sur les thèmes de la reconnaissance salariale de la filière IADE. Au vu du niveau universitaire, des responsabilités réelles exercées et des contraintes d'exercice il apparaît que le corps professionnel IADE et IADE Cadres poursuivra naturellement ses velléités à accéder à un statut et un salaire supérieurs.

15.1. Relations MAR/IADE :

Comment qualifieriez-vous les relations que vous entretenez avec le corps médical ?



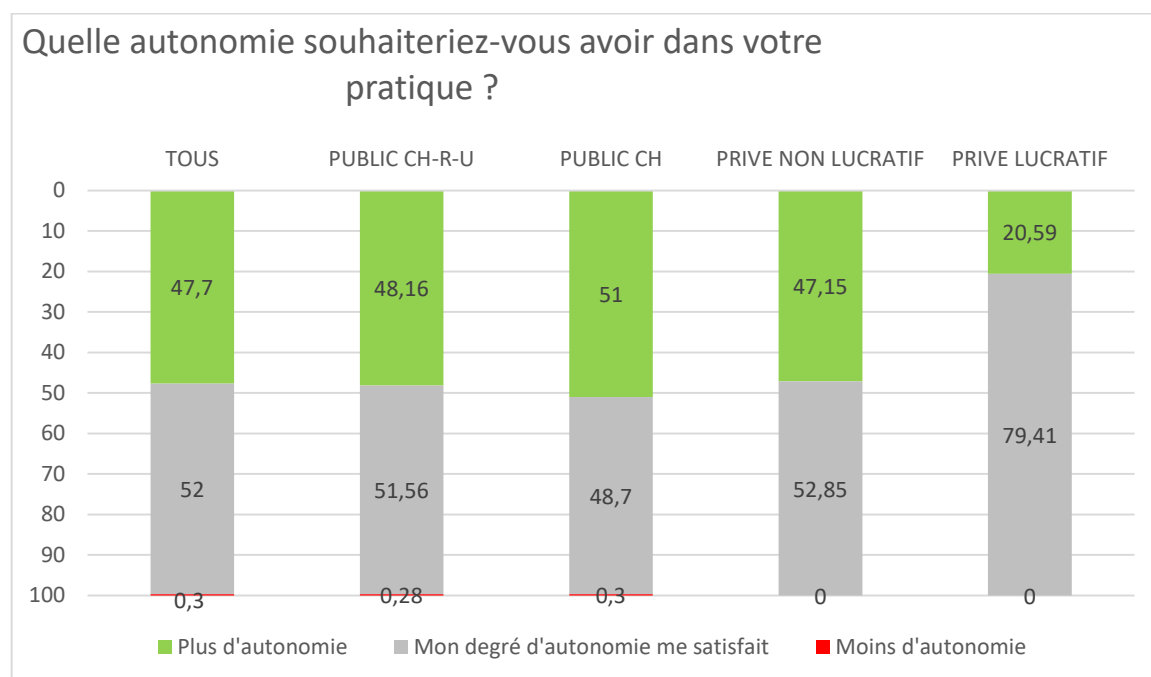
Constats en bref :

Les relations professionnelles MAR/IADE sont bonnes pour plus de 79 % des répondants (Très bonnes 18 %, plutôt bonnes 61.2 %). Elles sont moyennes pour 18,8 % des IADE et mauvaises pour 1.9 % des sondés (Plutôt mauvaises 1.69 %, Très mauvaises 0.2 %). Les IADE Cadres sont 24,41 % à qualifier de très bonnes leurs relations avec le corps médical, 60,63 % de plutôt bonnes, 13,39 % moyennes, 0,79 % plutôt mauvaises et 0,79 % très mauvaises.

Commentaires et interprétations :

Ces résultats reflètent la bonne entente interprofessionnelle régnant entre les acteurs de l'anesthésie française.

15.2. Autonomie dans la pratique de l'anesthésie :

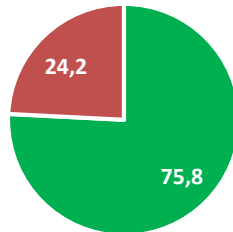
*Commentaires et interprétations :*

La volonté d'une plus grande autonomie de pratique est exprimée en majorité par les IADE du secteur public. Concernant les IADE exerçant en secteur privé lucratif salariés des cliniques ou des sociétés libérales de MAR, ils/elles sont logiquement moins en recherche d'une autonomie de pratique qui est déjà plus effective les concernant.

Il existe un clivage évident sur le souhait d'avoir une pratique plus autonome. L'autonomie IADE laissée par le corps médical est très variable d'un établissement, voire d'un service à un autre. Ceci peut expliquer que des professionnels ayant déjà une autonomie de pratique satisfaisante n'éprouvent pas le souhait de voir celle-ci s'agrandir. D'autres peuvent ne pas vouloir sortir d'une zone de confort ou n'admettent pas de se voir attribuer de nouvelles responsabilités avant qu'un cadre statutaire et salarial satisfaisant n'émerge.

15.3. Pratique avancée :

Estimez-vous que la définition officielle de la pratique avancée infirmière correspond aux critères de la profession IADE ?



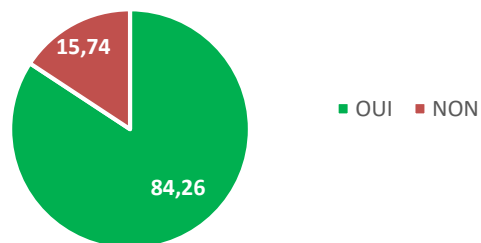
« Une infirmière praticienne en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée ». ICN 2008

Constat en bref :

Plus de $\frac{3}{4}$ des répondants estiment que la définition officielle internationale de la pratique avancée correspond à la profession IADE. Pour les IADE Cadres de santé ce taux s'élève à 80,31 %.

15.4. Profession intermédiaire :

Plusieurs rapports ministériels proposent la création de professions dites "intermédiaires" (entre les auxiliaires médicaux et les professions médicales).
Estimez-vous que la profession IADE ait sa place dans un tel dispositif législatif ?

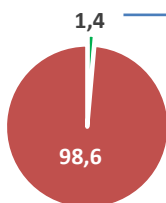


Constat en bref :

Une écrasante majorité (84,26 %) estime que l'accession au statut de profession intermédiaire est légitime pour la profession IADE. Ce taux s'élève à 88,19 % des IADE Cadres de santé.

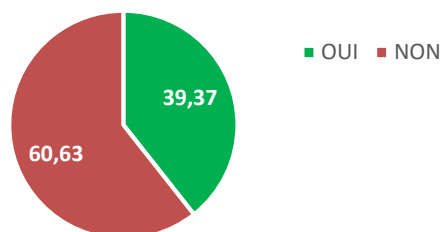
15.5. Protocoles de Coopération entre professionnels de santé HPST51 :

Participez-vous (ou avez-vous participé) en tant que délégué à un protocole de coopération entre professionnels de santé HPST51?



Les domaines concernés par ces protocoles concernent les poses d'abords vasculaires centraux pour 57,7%, la réalisation d'ALR pour 11,53% et d'autres domaines pour 30,7% (non recherchés dans cette enquête...)

Seriez-vous intéressé pour participer à un protocole de coopération entre professionnels de santé, HPST51 ?



Les protocoles de coopération qui sont actuellement autorisés par la HAS et dans lesquels les IADE se sont investis concernent la « pose de voies veineuses centrales par l'IDE ». Ces protocoles ne sont pas spécifiquement réservés à l'IADE bien que de sources certaines nous sommes en mesure d'avancer que ce sont la plupart du temps des IADE qui sont les personnels délégués. Ce protocole est actuellement en vigueur dans 8 régions en France d'après le site gouvernemental recensant l'ensemble des coopérations¹⁸.

Nouvelle Aquitaine	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	22/01/2015		Autorisé	
Bourgogne-Franche Comté	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	11/12/2014		Autorisé	
Grand Est	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	17/12/2013		Autorisé	
Auvergne-Rhône-Alpes	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	12/05/2016		Autorisé	
Pays de la Loire	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	22/02/2018		Autorisé	
Ile-de-France	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	11/06/2014		Autorisé	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	10/04/2018		Autorisé	
Normandie	Transfert de compétence : pose de voies veineuses centrales par l'infirmière	19/08/2016		Autorisé	

On constate que 7 demandes de protocoles de coopération intéressant spécifiquement les IADE restent en suspens, 5 concernent les abords veineux (PiccLine, MidLines, VVC), 1 concerne la conduite de consultations pré-anesthésiques par l'IADE, 1 concerne la réalisation d'actes d'anesthésie loco-régionale à visée analgésique par l'IADE.

¹⁸ COOP-PS Coopération entre professionnels de santé <https://coopps.ars.sante.fr/>

Résultats : 7

Région	Intitulé	Statut	Date de dépôt	Voir
Océan Indien	Protocole de pose de Picc Line au Bloc Central	Complété	21/09/2016	
Ile-de-France	Consultation de pré anesthésie conduite par une IADE	A compléter	16/12/2013	
Ile-de-France	pose de midline	Nouveau	05/09/2018	
Bourgogne-Franche Comté	pose de voie veineuse centrale par un IADE	Nouveau	07/09/2018	
Pays de la Loire	Coopération médico-soignante pour la pose des voies veineuses difficiles (PICC line et Midline) au CHU de Nantes	Nouveau	26/12/2017	
Nouvelle Aquitaine	protocole de coopération entre anesthésistes-réanimateurs et infirmiers anesthésistes pour la pose de PICCline	Nouveau	26/02/2018	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	réalisation par l'infirmier anesthésiste des blocs nerveux analgésiques du membre inférieur sous échographie, dans la chirurgie de la prothèse de genou, de hanche et de la ligamentoplastie du genou, dans le cadre de la prise en charge de la douleur.	En attente HAS	27/07/2014	

Constats en bref :

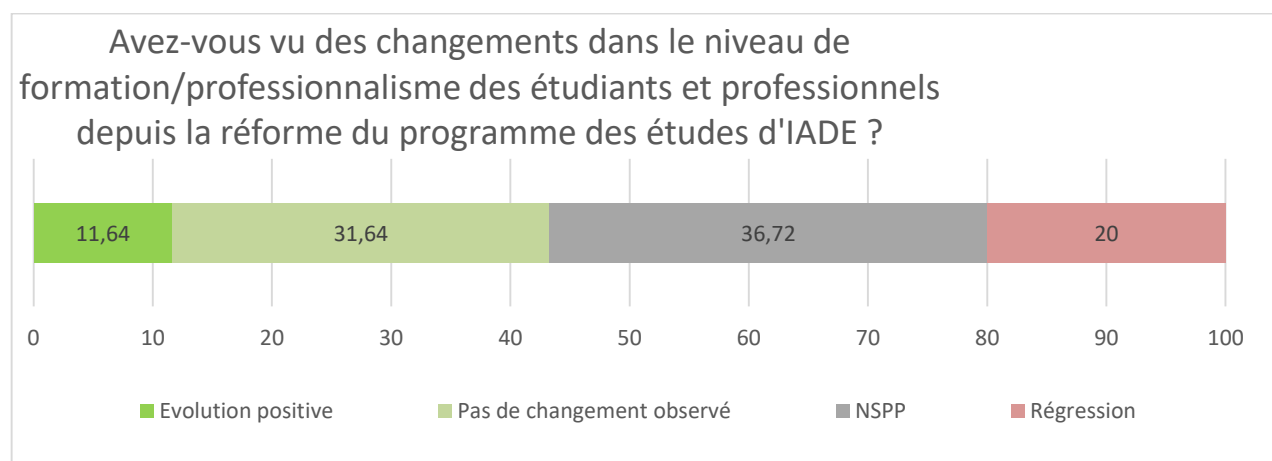
Moins d'1.5% des IADE participent ou ont participé à un protocole de coopération entre professionnels de santé¹⁹. La majorité d'entre eux (57,7%) concernent la pose d'abord vasculaires centraux. 11,5% réalisent des ALR. 30% réalisent d'autres protocoles de coopération qui n'ont malheureusement pas été recherchés dans cette enquête.

Près de 40% des IADE sondés sont intéressés pour participer à un protocole HPST51. Les demandes de protocoles intéressant spécifiquement les IADE sont tous en attente de validation et certains depuis près de 5 ans !

Commentaires et interprétation :

À l'arrivée des protocoles de coopération entre professionnels de santé introduits par la loi HPST en 2009, la filière IADE voyait d'un très mauvais œil ce dispositif législatif qui aurait potentiellement permis de mettre en péril l'exclusivité d'exercice IADE. Une grande défiance a perduré lors de son lancement. Aujourd'hui, une partie conséquente de la population IADE (40%) semble disposée à se servir de ce dispositif pour accéder à de nouvelles prérogatives. Nous sommes en droit de nous questionner sur les raisons qui poussent la HAS à ne pas valider les protocoles spécifiques IADE. Nous savons que certains ont reçu des avis négatifs de la part des entités médicales.

15.6. Nouvelle formation, Nouveaux professionnels :



Les IADE Cadres de santé sont 27,56% à observer une évolution positive, 32,28% à n'avoir pas observé de changement, 25,98% à ne pas se prononcer et 14,17% à estimer qu'il y a eu une régression.

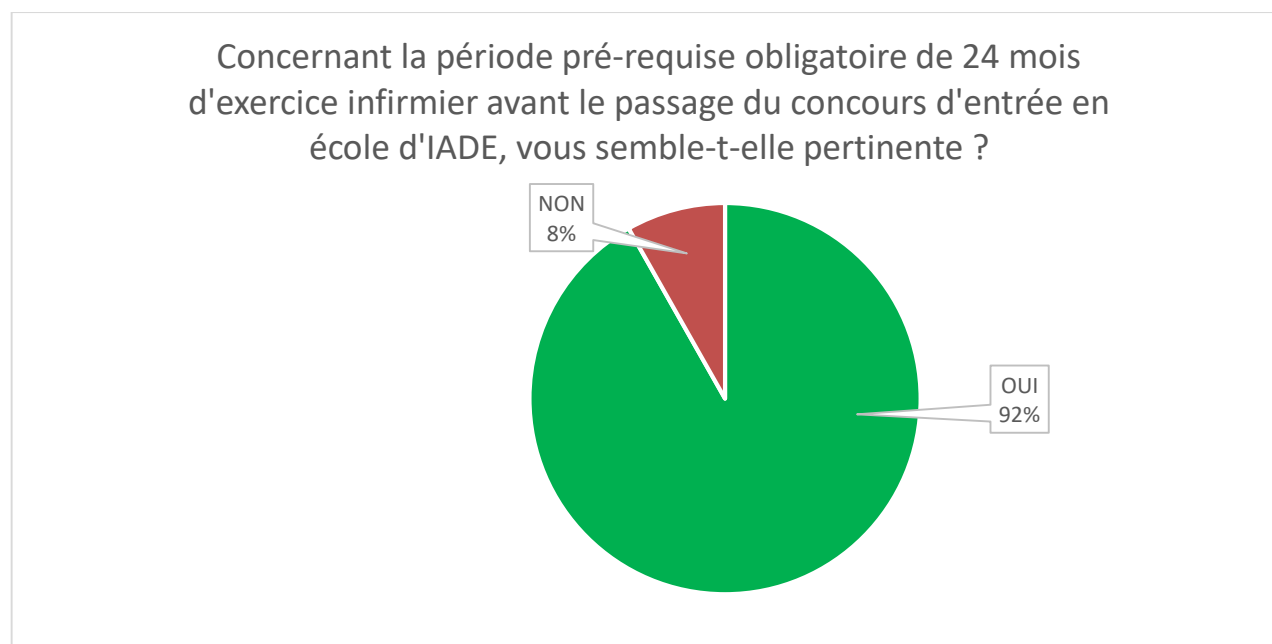
¹⁹ Protocoles de coopération entre professionnels de santé https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

Constat en bref :

37% des IADE sondés ne se prononcent pas sur cette question, 31,6% déclarent ne pas avoir observé de changement, 20% y voient une régression du professionnalisme quand seulement 11,64% concèdent une évolution positive.

Commentaires et interprétations :

Les IADE ne perçoivent que difficilement les changements induits par la réingénierie de la formation. Cette réingénierie étant encore récente (promotions inauguratrices en 2012-2014), il est possible que les professionnels interrogés aient des difficultés à se faire une opinion claire sur cette question. Il est à noter que les IADE Cadres constatent beaucoup plus une évolution positive (plus de 15 points par rapport aux IADE avec 27,5% d'avis positifs et 10 points d'incertitude en moins)

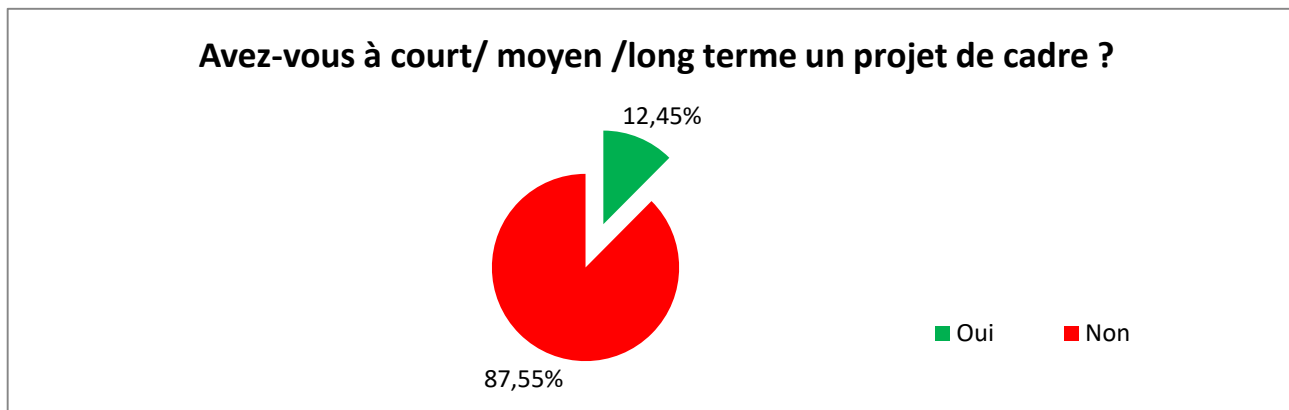
QUESTION D'OPINION : Période professionnelle pré-requise pour l'entrée en formation*Constats en bref :*

Une majorité écrasante des répondants (92%) maintient la pertinence d'une période professionnelle pré-requise avant l'entrée en formation IADE.

Commentaires et interprétations :

La période professionnelle est nécessaire pour l'acquisition des compétences de terrain dans le domaine des soins infirmiers et la confrontation à différentes situations de soin avant la poursuite d'étude et les futures fonctions cliniques IADE. Les IADE sont très attachés à ce pré-requis qui fait, en quelque sorte, partie de la formation.

14.7. Projet de carrière vers la filière management :



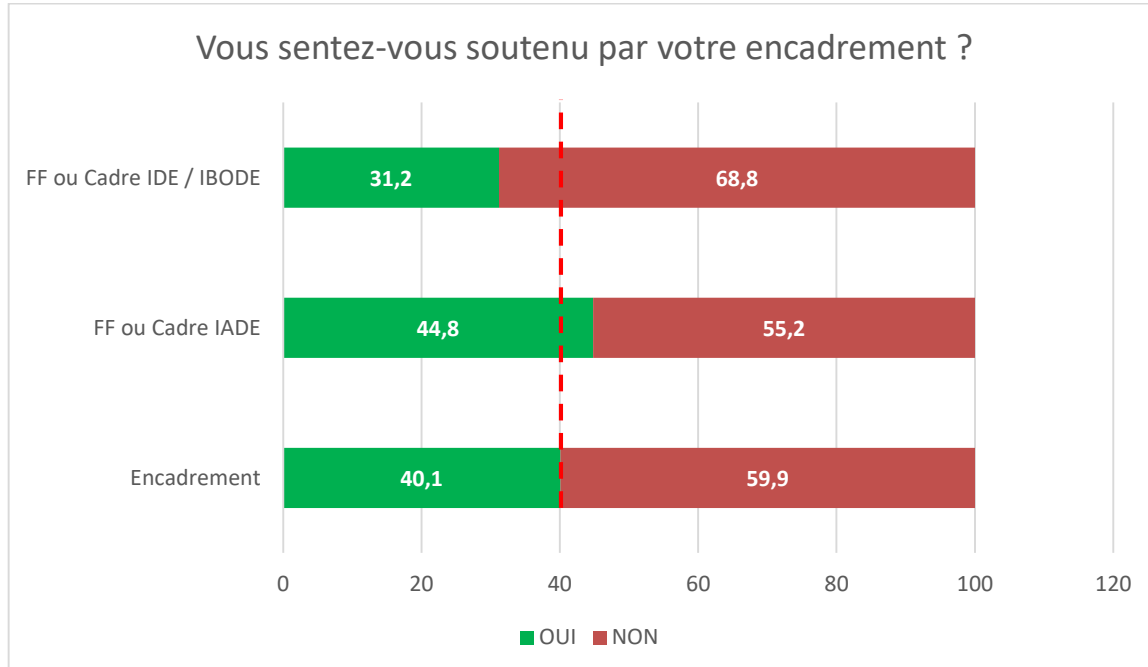
Constat en bref :

Seuls 12,45% des IADE sondés déclarent avoir un projet-cadre pour leur carrière.

Commentaires et interprétations :

Le manque d'attractivité salariale du métier de cadre IADE, induit par l'éviction de toute revalorisation indemnitaire sur les derniers mouvements, commence logiquement à produire ses effets... L'attrait pour l'exercice clinique peut également représenter un frein à l'envie d'évoluer vers une carrière de management pur.

15.8. Soutien par l'encadrement :



Constat en bref :

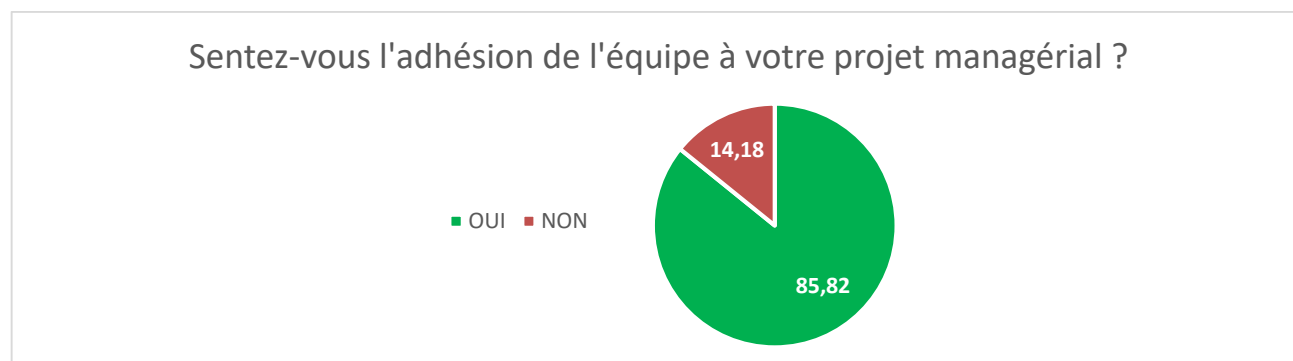
40% des IADE ressentent le soutien de leur encadrement quel que soit le profil de l'encadrant. Ce taux approche les 45% quand l'encadrant est issu de la filière IADE et tombe à 31% lorsque l'encadrant est IBODE ou IDE de formation.

Commentaire et interprétation :

Il existe donc une corrélation entre le sentiment de soutien des équipes par l'encadrement et le profil professionnel de l'encadrant. Un cadre IADE aura naturellement plus de compréhension des contraintes du métier et répondra plus pertinemment aux attentes de l'équipe.

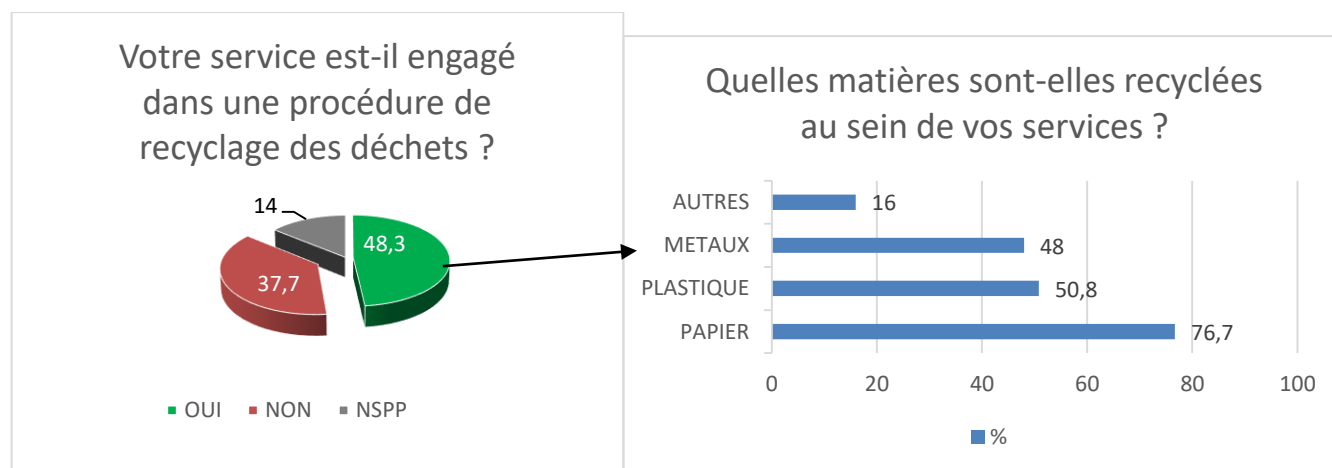
15.9. Reconnaissance des équipes au projet managérial des Cadres IADE :

Question posée aux seuls IADE cadres de santé.

*Constat en bref :*

Une grande majorité des IADE Cadres de santé (85,8%) déclarent sentir l'adhésion de leur équipe à leur projet managérial.

15.10. Mesures environnementales – recyclage des déchets :



Autres : Piles / Verre

Constat et commentaire en bref :

La lecture des résultats concernant le recyclage des matières au sein des services démontre la marge de manœuvre existante dans ce domaine. La valorisation des déchets mis en place par des associations ou partenariats locaux favorisent également la prise de conscience. Ces initiatives sont souvent le fruit de l'engagement des personnels (dont les IADE) afin de mettre en place un circuit de valorisation dans un but humanitaire ou caritatif. L'exemple de l'association « Les p'tits doudous » illustre parfaitement les initiatives engagées et engageables sur le territoire.

16. CONCLUSION

Cette grande enquête IADE réalisée par le SNIA est une véritable photographie du corps des infirmiers-anesthésistes qui permet de délimiter, en 2018, les réels contours de ses pratiques professionnelles, mais également de mettre en lumière ses aspirations d'évolution et de reconnaissance.

Ces résultats démontrent la place prépondérante de ces professionnels dans les activités d'anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et prise en charge de la douleur d'une part, mais prouvent aussi l'implication de ces personnels dans l'ensemble du système de soin par leurs fonctions transversales et de représentativité. C'est donc bien une profession qui s'engage et participe à l'évolution de la politique de santé hospitalière.

Le corps des IADE apparaît comme une population professionnelle proactive au sein des établissements de soins. Professionnels polyvalents qui participent aux instances qui leurs sont ouvertes, se formant aux nouvelles techniques, aux nouveaux matériels et aux innovations pharmacologiques. Ils accompagnent l'avancée de leurs spécialités.

De nombreuses réponses démontrent le rôle pivot que peuvent avoir les IADE dans le bon fonctionnement du circuit patient, dans sa sécurité et la qualité des soins dispensés. Elles révèlent également un investissement massif de cette profession dans la formation initiale et continue des autres professionnels de santé.

Les résultats de l'enquête confirment l'expertise clinique et technique des IADE dans leurs domaines ainsi que leur autonomie d'exercice qui, dans plusieurs champs de compétences, s'est accentuée depuis les dernières enquêtes réalisées par le SNIA (pratique de l'anesthésie et maintien de l'homéostasie, réanimation peropératoire, gestion de la douleur peri-opératoire, abords vasculaires et ventilatoires, ...).

L'enquête met aussi en avant des pratiques professionnelles ne répondant pas à la réglementation en vigueur. Ces pratiques semblent mises au service de la fluidification du circuit patient, de la qualité et de la sécurité des soins. Ce ne sont donc pas des glissements de tâches mais plutôt l'utilisation de compétences nécessaires sur le terrain n'apparaissant pas, actuellement, comme réglementaires (exemples : validation de sortie de SSPI, administration de thérapeutiques et réalisation d'actes sans prescription médicale en dehors de la période peropératoire).

Elle tend, également, à montrer le besoin de la profession d'obtenir une pratique sécurisée ainsi qu'une évolution législative en réponse à une certaine hypocrisie institutionnelle. Les différentes questions d'opinion sur d'éventuelles nouvelles prérogatives font comprendre qu'une majorité est disposée à faire avancer la profession IADE vers encore plus d'excellence.

Les IADE plébiscitent la reconnaissance des responsabilités déjà exercées, mais souvent ignorées par les décideurs à cause du manque de visibilité ou méconnaissance de leurs activités, ainsi que la possibilité d'attributions nouvelles dans leurs domaines dédiés (actes, prescription, consultation, autonomie, ...), sans remettre en question une supervision médicale de ces activités.

Les IADE sont demandeurs d'une reconnaissance statutaire et salariale qu'impose leur niveau d'étude, leurs compétences, les responsabilités assumées et aux contraintes d'exercice.

C'est en ce sens qu'au-delà des avancées réglementaires attendues pour valider toutes leurs pratiques actuelles et futures, c'est leur positionnement au sein du code de la santé publique qu'il apparaîtrait pertinent de redéfinir vers un statut de profession intermédiaire.

17. ANNEXES

17.1. VERBATIM – Libre expression :

307 personnes ont décidé de répondre au champ libre mis en place en fin d'enquête, voici la restitution brute de ces écrits :

<i>Vous ne parlez pas du rôle des IADE en smur et leur place</i>
<i>Maintenir la place des IADE dans la filière pré hospitalière en renforçant les compétences par la fonction IOA mais aussi expertise CESU, en plus de l'exclusivité des TIH</i>
<i>Concernant l'évolution des EIADE depuis la réforme des programmes le niveau des connaissances est plus élevé, mais la pratique est moins bonne et/ou demanderait plus de temps.</i> <i>Concernant l'éco responsabilité en anesthésie le recyclage des métaux est en cours d'ébauche grâce à un mémoire de fin d'étude EIADE !...</i>
<i>Merci à la SNIA pour cette belle enquête nationale qui servira de base à de nouvelles argumentations auprès de nos tutelles.</i> <i>Merci à tous les membres du bureau de la SNIA pour leur motivation et leur bénévolat dans l'intérêt de notre belle profession.</i> <i>FORZA IADE</i>
<i>Je suis salariée d'un cabinet d'anesthésie dans une clinique, je travaille dans un bloc pluridisciplinaire où je prépare des seringues et des perfs la plupart du temps. Une formation d'IADE pour si peu d'autonomie et de confiance c'est cher payé... Les 2 formations de l'an dernier font suite à 6 ans sans aucune formation et à une rude bataille pour être financée par le cabinet. Il ne me reste plus qu'à changer d'établissement pour être plus épanouie professionnellement.</i>
<i>La profession doit encore évoluer et donner plus d'autonomie aux IADE.</i> <i>Participations aux Consultations,, création de consultations explicatives de chirurgie, d'anesthésie.</i> <i>Consultation d'hypnose, membre plus actifs au sein de Clud, consultations douleurs et dispense de soins comme la resk, l'hypnose, la sophrologie, reflexologie plantaire, naturopathie...</i> <i>Il faut que l'IADE retrouve une connaissance supérieure du fait de ses 2 années d'études et de son investissement dans la recherche!</i> <i>Il faut réévaluer le statut des cadres iades qui n'a pas évolué depuis plusieurs années !</i>
<i>La t2a isole et accentue l'individualisme chez les iades ; je note une dégradation importante des relations entre iades qui ne travaillent déjà que peu ensemble ... en raison de la nature même de leur travail (binôme mar/IADE) . Il n'y aura bientôt plus d'équipe mais des praticiens avancés qui courent après des DU ; des formations (abords vasculaires) missions transversales et qui n'ont pour but que de se fabriquer un petit commerce à offrir ... aux Mar ... prudence...</i>
<i>SALAIRE PEUT MIEUX FAIRE</i>
<i>IADE en réflexion sur une potentielle reconversion professionnelle....</i>
<i>Merci. Questionnaire super complet. Il devrait en sortir des choses très intéressantes. Bon courage pour l'analyse.</i>
<i>Le niveau des élèves IADE devient mauvais.</i> <i>Le nouveau cursus paraît nettement moins efficace sur les futures compétences de mes futures collègues.....</i> <i>Le système de formation est vraiment à repenser</i>
<i>Il serait juste de reconnaître le statut de cadre de santé IADE et donc d'avoir une grille indiciaire spécifique.</i>
<i>Une meilleure reconnaissance de notre métier que très peu de personne connaît... nous sommes dans l'ombre...</i> <i>Que l'on reconnaisse des actes que nous faisons tous les jours... Notre spécificité.</i> <i>Une obligation des employeurs (association d'anesthésie) de prévoir des temps de formations ... revoir la convention des cabinets médicaux qui ne correspondent pas à nos métiers.... beaucoup d'associations d'anesthésie on cette convention qui est vraiment nulle pour les IADES ...</i>
<i>Questionnaire très intéressant que je souhaiterais faire suivre à mes collègues, mais dans les régions concernées il ne prend pas en compte les TOM or j'exerce en Polynésie Française (Tahiti). Est-ce que nous sommes conviés à remplir ce questionnaire ou est-ce que nous ne faisons pas partie de la population ciblée ?</i> <i>Merci pour le reste et d'aider à l'évolution des pratiques que je pense primordiale pour l'intérêt de la profession</i>
<i>Il n'y avait pas la possibilité de répondre 0 salle hors bloc pour les activités d'endoscopie. j'ai dû répondre 1 à 3 salles</i>
<i>Trop d'iades font des vacances hors de leur lieu d'exercice habituel même les jeunes diplômés .Ils travaillent tous les jours de la semaine et sont fatigués, agressifs .Ce ne sont plus des soignants mais des businessmen. Je suis choquée par cette dérive qui devient dans mon hôpital un vrai système mafieux ! Ils ont la main mise sur les plannings et ceux qui ne veulent pas participer à leur système sont étouffés et mis de côté. Inquiète aussi par les étudiants iades que je vois. Pas assez d'expérience pratique et submergés par des travaux scolaires ! Ce n'est pas cela le métier d'Iade. Gros décalage entre ce que l'on nous demande au quotidien et leur formation. Je souhaiterais plus de formation professionnelle mais c'est impossible. Pour raison budgétaire, tout est supprimé. Les formations demandées ne sont jamais acceptées ! On ne peut pas évoluer, améliorer les soins, les prises en charge des patients alors qu'il y a tant de choses à faire !</i>

GRANDE ENQUETE IADE 2018

<i>J'ai coché CHG mais je travaille dans un EHPAD de la fonction publique territoriale.</i>
<i>Le niveau de salaire de notre spécialité est un scandale.</i>
<i>Nous pourrions assumer plus de tâches actuellement médicales.</i>
<i>la profession iade vit une régression. le binôme MAR- IADE n'est plus celui que j'ai connu... diminution de notre reconnaissance professionnelle. Nous travaillons avec beaucoup de médecins intérimaires qui ne s'adaptent pas toujours aux habitudes de services et qui ne s'investissent pas. Les conditions de travail se dégradent. on nous demande de faire de la qualité avec des moyens moindres.</i>
<i>Je suis IADE depuis 18 ans et je trouve que l'on n'est toujours pas reconnu dans le monde médical. "Larbin du bloc". Salaire de misère surtout dans la convention FEHAP. J'ai travaillé à l'aphp, dans le privé et je trouve qu'il y a aucune cohésion dans les salaires.... ce n'est pas normal...autant de différence surtout entre aphp/FEHAP... on ne se sent absolument pas soutenu par les syndicats, nous les IADES FEHAP.</i>
<i>Domage de ne pas avoir intégré la Nouvelle-Calédonie (environ une soixantaine d'IADE en exercice), la Polynésie Française (une quarantaine d'IADE au moins en exercice) ainsi que Wallis & Futuna (2 IADE en exercice) à la liste des territoires de résidence et d'exercice professionnel. J'ai donc coché "Etranger hors Europe" aux questions concernées... ;)</i>
<i>Cordialement</i>
<i>La reconnaissance passe par le niveau de rémunération, c'est la condition indispensable qui doit prévaloir sur le reste</i>
<i>IADE depuis à peine trois ans, mais assez pessimiste quant à l'évolution de la Santé en France. Recours à des intérimaires mercenaires qui se gavent pour ne pousser que trois seringues et filer aussitôt. Manque de reconnaissance de nos DRH, qui ne savent même plus ce qu'est un service et ne travaille plus qu'avec Excel, qui ne cherchent qu'à limiter les coûts au prix d'une perte de sécurité pour les patients. Aucune avancée au niveau des grilles salariales niveau Master 2, les différents ministres ou "haut" fonctionnaires se foutent bien de nous et nous baladent depuis trop longtemps....Arrêt maladie qui se multiplie, collègues en Burn Out, mais rien ne bouge... On fête les 50 ans de Mai 68 bientôt, peut-être l'occasion de faire comprendre qu'on en marre d'être trimballer, pris pour des cons !</i>
<i>Les réformes concernent toujours le public. Rarement au bénéfice du privé</i>
<i>Continuez à nous représenter ! beau travail.</i>
<i>Merci</i>
<i>Forza iade!</i>
<i>confirmer la place des IADE en SMUR</i>
<i>obliger tous les SMUR à avoir un quota d'IADE avec IDE</i>
<i>mettre en place, primaire smur sans médecins (réponse graduée), avec IADE AMBULANCIER</i>
<i>Notre profession pourtant indispensable reste encore mal connue du grand public. ..</i>
<i>Merci pour le soutien de notre profession qui est en souffrance, n'étant pas toujours bien considéré par les MAR et les politiques.</i>
<i>C'est de pire en pire. On travaille rarement avec des mar mais constamment avec des internes séniors, le niveau et la motivation des élèves aides est déplorable et notre encadrement ne sert à rien juste là pour compliquer la tâche. L'hôpital est schizophrène on va droit dans le mur.</i>
<i>Manque de reconnaissance de la spécificité de l'encadrement IADE d'un point de vue salarial. Je gagne pratiquement la même chose qu'une bonne partie des IADE de mon établissement, en net.</i>
<i>Quid de l'attractivité ? Nous avons très peu d'IADE potentiellement intéressés par l'encadrement.</i>
<i>abrogation de l'oni, repaire de planqués inutiles</i>
<i>Questionnaire intéressant.</i>
<i>Profession qui n'évolue pas ou très peu, non reconnue, qui sert de variable d'ajustement dans les hôpitaux publics, qui permet au MAR du privé de s'enrichir toujours un peu plus, en souffrance comme d'autres professionnels de santé, qui a besoin de s'affranchir de l'histoire des infirmières (les "bonnes sœurs"), remise en cause régulièrement dans les SMUR, qui devrait réclamer plus d'autonomie, constamment sous le joug de la population médicale...</i>
<i>Bon courage et merci pour votre investissement.</i>
<i>Dégradation continue des conditions de travail, bloc public, saturé de patients programmés, ne permettant pas d'assurer correctement les urgences pourtant nombreuses ! Conditions d'accueil du patient déplorable, tout est fait « vite vite » n'importe Comment. Les événements indésirables sont pluri quotidien. Mais par manque de temps, et maintenant d'envie de chacun, ne sont pas toujours déclarés. Les IADE font tout, du remplissage au ménage en passant par les commandes de matériel pharmacie et assure la surveillance du matériel d'urgence de la maternité. Si bien qu'en cas d'urgence, les sages-femmes ne savent pas !!</i>
<i>Les gardes de nuit et we sont souvent très agitée car faut bien opérer les patients urgents non gérés en journée par absence de créneau ou d'opérateur. Il n'y a que des IADE en SSPI, ce qui est bien pratique pour les Mar qui ne viennent jamais sauf pb ! Et donc, en SSPI, entre 2 extubations, transfusion, ou préparation de PCA, nous devons assurer le ménage des postes entre les patients, les poubelles et la remise en état ! L'épuisement est proche ! Nous sommes 4 en sspi pour 18 postes en ferons entre 40 et 50 patients/jour.</i>
<i>Votre dernière question m'interpelle quand je vois le gaspillage de matériel et les déchets qui en résulte je suis profondément consternée et concernée par l'écologie malheureusement je vois que les études d'IADE n'y pense même pas , alors qu'un jour ou</i>

GRANDE ENQUETE IADE 2018

<i>l'autre nous n'aurons probablement plus le choix que de faire attention en terme écologique et économique Diplômée depuis 1983 j'ai vu l'évolution des études certes plus pointues qu'à mon époque, mais vu parfois le mépris des jeunes IADE à notre égard, mais au final le travail reste le même en tout cas pour le moment !</i>
<i>Beaucoup de difficultés pour répondre aux questions liées aux sspi. Travaillant en réanimation polytraumatisés toutes les chambres sont considérées comme des blocs opératoires de fortunes et 2 salles de déchocages. J'ai malgré tout peur d'avoir pu faire du hors sujet en ce qui concerne la sspi.</i>
<i>Le positionnement des instances syndicales est tiède. La mobilisation est trop faible. La masse salariale IADE est peu importante et ne parlons pas des cadres IADES , formation qui va à terme intéresser de moins en moins de personnes tant le différentiel avec les IADES est faible voire inexistant voir en défaveur du cadre qui ne participe pas à un régime d'astreinte comme dans mon établissement ou les IADES sont mieux payés que moi...</i>
<i>Ancienne élue au conseil départemental de l'Ordre Infirmier en Gironde, je n'ai pas reconduit mon mandat, car je me sentais seule et impuissante dans cet organisation. Il me semble néanmoins primordial que les IADE investissent cette instance professionnelle reconnue afin de faire entendre la voix de la profession.</i>
<i>Il faut réussir à élever les IADE au niveau identique ou supérieur vis à vis des IPA. Mon rêve : obtenir un statut équivalent au CRNA US et donc inclure dans la formation la pratique de l'ALR périphérique sous écho ainsi que la Rachianesthésie et la pose de VVC sous écho (type jug interne et/ou picline)</i>
<i>Pression de plus en plus grande pour une augmentation des interventions (non-respect des horaires, augmentation des vacations...) sans malheureusement d'augmentation de salaire et/ou de reconnaissance.</i>
<i>après 30 années d'exercice de la profession d'IADE je dis que c'est un métier très contraignant avec bien peu de reconnaissance et j'ai l'impression que cela ne fait que commencer. Les directions cherchent sans arrêt la faille dans l'organisation afin de nous enlever le peu de confort que nous avions.</i>
<i>Demande de reconnaissance (compétences et qualifications) vis-à-vis des médecins (qui nous manquent de respect) Demande de reconnaissance salariale bac +5 (master 2) comme les master des autres fonctions publiques (CPE=conseiller principal d'éducation) Demande d'autonomie ! Droit de prescriptions pour douleur aiguë et antiémétiques Demande de plus de formations (DU...)->+ de budget formation Respect des besoins physiologiques (boire/manger/dormir/toilettes...) Être rémunéré à l'acte + participation au bénéfice ! Comme certains médecins... Revoir la grille salariale (dernier échelon à 52 ans et bloqué pendant 10 ans !...) Réévaluation des gardes et astreintes (même rémunération pour tt le monde) Prise en compte de la pénibilité Même salaire pour iades privés/publics avec prime de rendement et d'ancienneté dans tous les établissements Mêmes droits à la formation Droit tickets repas etc... =justice, équité-égalité</i>
<i>Les cadres sont souvent oubliés dans les revendications</i>
<i>faire plus de com</i>
<i>J'aime beaucoup mon métier, mais je ne pourrais pas être IADE toute ma vie....je suis déshumanisée</i>
<i>Certaines questions ne sont pas en adéquation avec la fonction de cadre de santé IADE exerçant en réanimation-déchocage Cf. la question sur l'adhésion au projet managérial.</i>
<i>Je suis diplômée depuis 6 mois, donc je manque un peu de recul.</i>
<i>Merci !</i>
<i>La représentativité de la spécialité doit être améliorée. Il faut réussir à faire émerger, via ce questionnaire notamment, les objectifs partagés de la profession.</i>
<i>Retraité depuis aout 2017. Questionnaire rempli pour la situation existante à cette date.</i>
<i>Je travaille peu Et en intérim</i>
<i>Grosse pression psychologique des médecins responsables urgentistes pour faire disparaître les iades du smur</i>
<i>Les incidents/accidents dans l'exercice professionnel avec des MAR intérimaires remplaçants sont souvent évités grâce à la compétence et la réactivité de l'IADE. Nombre d'entre eux travaillent pour l'argent et se reposent complètement sur nos compétences... et nous font parfois prendre des risques pour notre diplôme. Ils "souffrent" de non-maîtrise de l'anesthésie pédiatrique, de lacunes en anesthésie plus particulière genre thoracique, et de ce fait nous laissent terriblement seuls en cas de problèmes... (heureusement qu'il reste des "locaux").</i>
<i>Que la lutte continue. Merci pour votre travail. ladement votre</i>
<i>Les cadres IADE vont disparaître. Nous sommes trop peu en France pour pouvoir faire une action. Nous ne sommes pas assez connus pour asoir nos positions.</i>

<i>Excellente initiative, cet état des lieux de la profession IADE !</i>
<i>Il faut plus de reconnaissance pour notre profession et plus d'autonomie. Peut-être que si la cotisation était moins élevée il y aurait plus d'adhérents, par exemple cotisation minimum (30 euros) avec possibilité de contribuer plus si souhait. Merci le SNIA</i>
<i>Il ne faut pas que la profession disparaisse au profit d'ide urgentistes Il faut une reconnaissance ipa et obligation d'actes en formation continue comme vvp echoguidé midline et surtout ALR Merci pour ce que vous faites Il faut se syndiquer auprès d'un syndicat représentatif IADE Si la profession n'évolue pas et surtout financièrement je cesserai cette profession pour une autre voie, car les risques pris ne sont pas à la hauteur du niveau salarial comparativement à d'autres professions ou pays . MERCI</i>
<i>Les questions concernant la rémunération sont biaisées, car j'exerce dans un pays (suisse) aux conditions salariales différentes et lois sur le travail différentes. 41h par semaine, moins de congés et moins de jours fériés.</i>
<i>Plus d'autonomie passe par une formation plus approfondie (ALR, VVC...) Une connaissance responsable devrait permettre à IADE d'effectuer des gestes (après accord Mar) simple comme la RA .Il faut arrêter de nous faire croire que nous sommes bons seulement à préparer des plateaux ,.....et que seul IOT est à notre portée.</i>
<i>Plusieurs pistes pour relancer l'activité IADE SMUR, pourquoi ne pas créer une formation IADE avec un socle commun qui en 2ème année pourrait se scinder en 2 filières (Urgence/Réanimation ou Anesthésie), ça permettrait de repeupler les SAU SMUR Réanimation et serait facteur d'attractivité face aux jeunes hésitant pour le concours par peur de faire que du bloc toute leur vie.... Autre chose qui me semble extrêmement importante, le changement de notre appellation, IADE ne confère que l'anesthésie comme spécialité, or nous sommes les infirmiers spécialisés de l'Anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'Urgence.... pourquoi pas des IARU comme Infirmier Anesthésiste Réanimateur Urgentiste. Ça me semble être la base notre appellation pour revendiquer nos postes et couper l'herbe sous le pied de futurs IPA urgentiste ou peut-être un jour anesthésiste</i>
<i>les médecins intérimaires ne sont pas tous à la hauteur de nos attentes. On se demande parfois s'ils se tiennent au courant des dernières recommandations. Nous ne sommes pas très sereins parfois.</i>
<i>Au niveau des compétences et de la valeur ajoutée l'IADE se situe entre le MAR et l'infirmier(e) une reconnaissance salariale devrait être faite. Pour cela il faut sortir du système "infirmier" et créer notre propre métier au même niveau que les autre bac +5-6 comme les ingénieurs de santé, les dentistes, ... qui ont à peu près le même nombre d'années d'étude supérieures et avec bien souvent une responsabilité moindre.</i>
<i>Il faudrait ré-humaniser les pratiques au sein du bloc opératoire et remettre le respect mutuel au centre des relations entre les différents intervenants. Les médecins manquent dans la grande majorité des cas de savoir-être !!</i>
<i>En marge de la profession il faut travailler sur le développement durable....nous sommes de gros pourvoyeurs de déchets Depuis cette année les labos n'ont plus le droit de financer de congrès pour les IADE (et certainement des IDE) s'ils ne sont pas inscrit à l'ordre des infirmiers ... vous avez des infos sur ce chantage ??? L'hôpital n'a jamais d'argent pour les formations ... si en plus les formations offertes par les labos sont interdites ou allons-nous !!!</i>
<i>merci au snia</i>
<i>Je pense que 24 mois d'expérience professionnelle avant de passer le concours d'IADE est insuffisant : manque de maturité et de connaissance de la profession d'IDE. 5 ans me paraissent un minimum.</i>
<i>en tant que "vieille" IADE et IDE, je pense que la fonction intermédiaire d'infirmière de pratiques avancées serait une belle progression pour notre profession. Cela nous permettrait une meilleure autonomie dans notre anesthésie, ainsi qu'une intégration plus grande avec les MAR et autres médecins. Le lien de subordination serait différent et moins fort ce qui nous permettrait de nous sentir plus reconnu avec un travail de type "main dans la main" plutôt que j'applique ce que l'on me demande de faire. Le patient s'y retrouverait dans tous les cas, car les IADES ont déjà ces compétences et gèrent au quotidien les anesthésies. Ce ne serait en aucun cas au détriment de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, mais plutôt dans une prise en charge globale des patients au sein d'une véritable équipe pluridisciplinaire d'anesthésie.</i>
<i>Le combat continue et vous ne devez pas vous endormir ou plutôt vous laisser endormir...À quand la grille A-Type réservée aux autres Masters? Ce serait une réelle reconnaissance de notre métier, je serai de toutes les grèves jusqu'à ce qu'on obtienne gain de cause. Courage et merci pour ce questionnaire très intéressant qui, je l'espère, fera bouger les lignes.</i>
<i>Maltraitance de l'administration dans le CHU. Mépris des soignants, horaires à rallonge avec salaires qui eux ne peuvent pas suivre pour des raisons légales (21 heures sup payées pour plus accomplies). La situation se détériore d'année en année :(</i>
<i>nous sommes une profession incomprise méconnue du milieu infirmier non respectée par les médecins anesthésistes et chirurgiens pas de respect de notre encadrement pas de respect de nos volontés personnelles juste considérées comme un nom</i>

<i>dans une case quel que soit la spécialité nous sommes aussi méconnues de la population demandez à un patient opéré il vous parlera du chirurgien de l'anesthésiste parfois de l'IADE jamais et notre salaire n'est pas en rapport avec notre qualifications et nos responsabilités et le master 2 n y changera rien nous ne sommes pas des universitaires nous n apprenons pas notre métier en faisant des stages de recherches, mais auprès des patients dans les salles d'opération auprès des médecins anesthésistes</i>
<i>Il manque les territoires d'outre-mer comme la Nouvelle Calédonie, où j'exerce dans les régions à cocher. De plus certaines questions sont à cocher oui ou non, mais pourraient avoir une case "autre" où l'on pourrait spécifier</i>
<i>Il est grand temps que les IADE deviennent une profession médicale à compétence limitée. L'anesthésie en privé n'existerait pas sans nous ! Nous prescrivons chaque jour arrêtons cette vaste plaisanterie reconnaissons nos compétences sans pour autant être médecin qui doit rester notre encadrant.</i>
<i>J'aimerais que les IADE continuent le combat pour être reconnu à notre juste valeur</i>
<i>Je souhaite affirmer que nous ne sommes absolument pas reconnus, ni par les politiques, ni par les directions d'hôpitaux, ni par les MAR avec qui nous travaillons tous les jours (sauf à certains moments de la journée où nous devenons très compétents!!!) Je pense que l'on pourrait être mieux payé (comme les personnes qui ont un master 2) même s'il faut faire des actes supplémentaires comme ceux cités dans le questionnaire et dont nous aurons la responsabilité. En effet, les MAR sont très réticents à nous laisser faire des actes dont ils seraient responsables ! Ce qui me semble normal. Je déplore que personne n'ai jamais défendu cette proposition y compris lorsqu'un ministre y était favorable (Bernard Kouchner).</i>
<i>trop long questionnaire</i>
<i>Quelques questions ne sont pas tout à fait adaptées à ma situation, car j'exerce ma fonction de cadre de santé dans un service de réanimation polyvalente. J'encadre donc une équipe paramédicale IDE et AS. Néanmoins je suis et reste IADE et je suis de près l'évolution de la profession. J'espère par la suite obtenir un poste en bloc opératoire. Merci à l'équipe du SNIA pour son investissement, sa persévérance et la qualité de ses publications. Je suis adhérente depuis 17 ans.</i>
<i>Très déçue que notre profession ne soit pas mieux reconnue et valorisée par nos politiques. Beaucoup de bla-bla de reconnaissance sociale de leur part, mais rien en indemnitaire... Que faut-il faire ?? En comparaison avec d'autres métiers de la fonction publique ou du privé qui sont bien valorisés, mais moins diplômés, au vu de nos responsabilités et compétences comment se fait-il que les IADE(s) soient toujours moins valorisés ? Je ne suis pas contre le fait de rajouter des techniques à notre champ d'action (pose VVC...), mais qu'on nous rémunère d'abord pour tout ce que nous faisons actuellement, après on verra...</i>
<i>Je souhaiterais vraiment que des perspectives d'évolution et d'apprentissage s'offre à la profession IADE. Formation sur Alr par exemple. Je souhaiterais que l'autonomie de l'IADE soit renforcée. Nous faisons tourner les blocs, Avec une reconnaissance minime, et surtout une évolution nulle .aucun DU n'est ouvert spécifiquement aux IADEs, (Formation alr par exemple.</i>
<i>Notre profession n'est pas reconnue et est mal payée. Je souhaiterais que les actes cités dans ce questionnaire nous soient autorisés et qu'ils nous permettent de faire augmenter notre salaire.</i>
<i>Fossé relationnel qui se creuse avec les médecins urgentistes qui ne connaissent absolument rien de notre formation et qui nous méprisent alors que l'on peut gérer 90% des inters</i>
<i>J'encourage votre action. J'espère que vous pourrez dresser une belle photo de notre activité au niveau national.</i>
<i>Pour préciser au sujet de l'autonomie : Plus d'autonomie sur l'analésie en SSPI et sortie SSPI. Plus d'autonomie lors de certaines inductions (des patients ASA1). Plus de reconnaissance ... mais au travers de l'augmentation du salaire ... et non de l'augmentation des actes (pose de VVC, ALR, VPA seul) ... alors oui à la pratique avancé si nos salaire augmentent de 500€ par mois ! Plus d'autonomie en SMUR notamment sur le primaire et secondaire TIIH intubé ventilé (chez les SP il y a des protocoles de soin d'urgences, on sort déjà seul en VLI !) Mais attention, il ne faut pas augmenter notre charge de travail en augmentant nos actes (VVC, VPA seul). Certains pensent obtenir de la reconnaissance (salariale et médicale) par ce biais, ils se trompent. Merci.</i>
<i>Astreinte à domicile 1h/4 au choix : récup ou payable. Si déplacée : idem, au choix des agents. Une reconnaissance des compétences déjà en place serait un grand pas ; l'accès à des gestes techniques supplémentaires ne me semble pas prioritaire. Une grille commune pour toutes les corporations bac+5 ne serait que justice. Petit message perso : j'ai adoré les grèves "d'antan" ...pas pour leurs résultats décevants au cours terme, mais plutôt pour sentir toute cette solidarité et ce corporatisme IADE. Je vois là le véritable intérêt de ces "regroupement" !!!</i>

17.2. ACRONYMES :

ALR : Anesthésie Loco-Régionale
 ANFH : Association Nationale pour la Formation des Hospitaliers
 AS : Aide-soignant
 ASH : Agent des services hospitaliers
 CDS : Cadre de Santé
 CEC : Circulation Extra-Corporelle
 CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
 CH : Centre Hospitalier
 CHG : Centre Hospitalier Général
 CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal
 CHR : Centre Hospitalier Régional
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CPA : Consultation pré-anesthésique
 DARES : Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (Ministère du travail)
 DECT : Digital Enhanced Cordless Telephone : Téléphonie sans fil.
 DREES : Direction de la Recherche, de l'Evaluation des Etudes et des Statistiques (Ministère de la santé)
 DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
 DREES : Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistique
 EPRUS : Établissement de préparation et de réponse à l'urgence sanitaire
 FF : faisant fonction
 FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée (secteur privé lucratif)
 FPH : Fonction Publique Hospitalière
 GEIADE : Grande Enquête IADE 2018
 HPST51 : référence à l'article 51 de la loi Hopital Patients Santé et Territoires (2009) instituant des protocoles de coopération entre professionnels de santé.
 HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
 IADE : Infirmier.e-Anesthésiste Diplômé.e d'Etat
 IBODE : Infirmier.e de Bloc Opératoire Diplômé.e d'Etat
 IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
 IPA : Infirmier.e de Pratique Avancées
 MAR : Médecin Anesthésiste-Réanimateur
 MDM : Médecins Du Monde
 MSF : Médecins Sans Frontières
 ONG : Organisation Non Gouvernementale
 PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (Sapeurs-pompiers)
 PL : Privé lucratif
 PMO : Prélèvement multi-organes
 PNL : Privé non-lucratif
 PSPH : Participant au Service Public Hospitalier (Établissement privés non-lucratifs)
 SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé
 SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
 SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
 SNIA : Syndicat National des Infirmier.e.s-Anesthésistes
 SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (salle de réveil)
 SSSM ou 3SM : Service de Santé et de Secours Médical (Sapeurs-pompiers)
 TIIH ou T2IH : Transport Infirmier Inter-Hospitalier
 VPA : Visite pré-anesthésique
 VVC : Voie Veineuse Centrale

Grande Enquête IADE 2018 réalisée par le syndicat national des infirmier(e)s anesthésistes : Pilotage: Simon TALAND (secrétaire général) ; Fonction support : Raphaël LAGARDE (conseiller national) ; Analyse, commentaires, interprétations et relecture : conseil national du SNIA

Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes (SNIA)
157 rue Legendre 75017 Paris
Tel : 01.40.35.31.98
Fax : 01.40.35.31.95
Email : contact@snia.net
Web : www.snia.net

Twitter: @SNIA75 <https://twitter.com/snia75>

Facebook: Snia Iade <https://fr-fr.facebook.com/iade.snia>

